



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

**“RECUPERACIÓN NUTRICIONAL DE LA DESNUTRICION
LEVE Y MODERADA EN RELACIÓN A LAS TERAPIAS
NUTRICIONALES IMPLEMENTADAS EN LOS CIBVS
PERTENECIENTES A LA JUNTA PARROQUIAL
DE LICAN. 2014 - 2015”**

TRABAJO DE TITULACION

Previo a la obtención del título de:

NUTRICIONISTA DIETISTA

ROBERTA ATI MIÑARCAJA

Riobamba Ecuador

2015

CERTIFICACION

La presente investigación fue revisada y se autoriza su presentación.



Dr. Marcelo Nicolalde C.
DIRECTOR DE TESIS

ABSTRACT

The investigation aimed to determine the nutritional rehabilitation of mild and moderate malnutrition in relation to nutritional therapies implemented in CIBVS in Licán parish. A descriptive study was conducted. The studio sample constituted 150 children from 1 year to 5 years old attending children's centers in Licán parish. 50 children diagnosed with mild and moderate malnutrition in December 2014 to June 2015. Data were collected in the Nutrition Survey of the caregivers of children from 1 year to 5 years of age diagnosed with mild and modern 4 children's centers and a survey of coordinators on organoleptic characteristics of the food / or CIBV preparations; the menu was calculated according to their nutritional status, their energy requirements and the portions required for each group of children in nutritional therapy, for tabulation, analysis and procedures the Excel software program was used JPM.v.5.1.

As for the nutritional rehabilitation of malnourished patients to which they were applied therapy is observed that mild malnutrition initially had 80% and moderate malnutrition by 20% and after the procedure 96% of children were in normal and mild malnutrition range to 4%, which is statistically mostly significant.



CERTIFICADO

Los miembros de tesis certifican que el trabajo de investigación titulado "RECUPERACIÓN NUTRICIONAL DE LA DESNUTRICIÓN LEVE Y MODERADA EN RELACIÓN A LAS TERAPIAS NUTRICIONALES IMPLEMENTADAS EN LOS CIBVS PERTENECIENTES A LA JUNTA PARROQUIAL DE LICÁN. 2014 - 2015", de responsabilidad de la Sra. Roberta Ati Miñarcaja, ha sido revisada y se autoriza su publicación.

Dr. Marcelo Nicolalde C.
DIRECTOR DE TESIS



ND. Patricio Ramos P.
MIEMBRO DE TESIS



AGRADECIMIENTO

A la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Facultad de Salud Pública. Escuela de Nutrición y Dietética, por darme la oportunidad de ser una profesional de prestigio.

Al Dr. Marcelo Nicolalde Director de tesis al ND. Patricio Ramos Miembro de Tesis por la ayuda desinteresada que ellos me dieron para culminar con mi investigación.

A los CIBVs. de la Parroquia Licán por la colaboración en el estudio de la problemática en desnutrición infantil

Roberta Ati Miñarcaja

DEDICATORIA

A DIOS con todo mi corazón, que me diste las fuerzas y la oportunidad de vivir y de regalarme una familia maravillosa.

A mis padres que me dieron la vida, gracias papá y mamá, a mi hermano y a mis Hermanas que me apoyaron en los momentos más difíciles

Con mucho cariño a mis tres amores: a mi esposo por apoyarme en las buenas en las malas y en especial a mi hijo Jhosue Alejandro y a mi hija Lia Sury por ser parte importante de mi vida y por darme la fuerza necesaria para continuar día a día, esta tesis es dedicado a ustedes.

A mis abuelitos y mi hijo Wiliansito que ya no están con nosotros pero me amparan con sus bendiciones y la protección de DIOS.

A la familia de mi esposo, especialmente a mi tío Pedro y a mí por haber apoyado en todo momento.

A mis tí@s y tios, prim@s por haberme brindado su apoyo en todo momento; también a algunos amigos y amigas que estuvieron conmigo siempre dándome aliento; a todos ustedes dedico el producto de mi esfuerzo.

Roberta Ati Miñarcaja

RESUMEN

La investigación realizada tuvo como objetivo determinar la recuperación nutricional de la desnutrición leve y moderada en relación a las terapias nutricionales implementadas en los CIBVS pertenecientes a la junta parroquial de Licán. Se realizó un estudio descriptivo de tipo longitudinal. La muestra de estudio constituyo los 150 niños y niñas de 1 año a 5 años de edad asistentes a los centros infantiles pertenecientes a la junta parroquial de Licán. El universo fue 50 niños y niñas con diagnóstico de desnutrición leve y moderada en el periodo de Diciembre 2014 a Junio 2015. Los datos se recolectaron en la Encuesta Nutricional realizada a las responsables del cuidado de los niños y niñas entre 1 año a 5años de edad con diagnóstico de leve y moderada de los 4 centros infantiles y una encuesta dirigida a los coordinadores sobre características organolépticas de los alimentos/o preparaciones del CIBV; el menú se calculó de acuerdo a su estado nutricional, su requerimiento energético y las porciones requeridas para cada grupo de niños en terapia nutricional, para tabulación, análisis y procesamientos se utilizó el programa Excel, software JPM.v.5.1

En cuanto a la recuperación nutricional de los pacientes desnutridos a los que fueron aplicados la terapia se observó que la desnutrición leve al principio tuvo el 80% y la desnutrición moderada 20% y después de la intervención el 96% de los niños y niñas estuvieron en el rango de la normalidad y la desnutrición leve al 4% lo cual estadísticamente es significativo en su mayoría.

SUMMARY

The investigation aimed to determine the nutritional rehabilitation of mild and moderate malnutrition in relation to nutritional therapies implemented in CIBVS in Licán parish. A descriptive study was conducted. The studio sample constituted 150 children from 1 year to 5 years old attending children's centers in Licán parish. 50 children diagnosed with mild and moderate malnutrition in December 2014 to June 2015. Data were collected in the Nutrition Survey of the caregivers of children from 1 year to 5 years of age diagnosed with mild and modern 4 children's centers and survey of coordinators on organoleptic characteristics of the food/ or CIBV preparations; the menu was calculated according to their nutritional status, their energy requirements and the portions required for each group of children in nutritional therapy, for tabulation, analysis and procedures the Excel software program was used JPM.v5.1

As for the nutritional rehabilitation of malnourished patients to which they were applied therapy is observed that mild malnutrition initially had 80% and moderate malnutrition by 20% and after the procedure 96% of children were in normal and mild malnutrition range to 4% which is statistically mostly significant.

ÍNDICE DE CONTENIDO

PORTADA	i
CERTIFICACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
CERTIFICADO	¡Error! Marcador no definido.
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	vi
RESUMEN.....	vii
SUMMARY	viii
ÍNDICE DE CONTENIDO	ix
ÍNDICE DE TABLAS	xii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiii
ÍNDICE DE ANEXOS	xiv
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	3
III: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	4
A. RECUPERACIÓN NUTRICIONAL	4
1. Conceptos Básicos	4
B. ALIMENTACION PREESCOLAR	8
1. Etapa pre-escolar.....	8
C. REQUERIMIENTO NUTRICIONAL.....	11
1. Etapa Preescolar	11
D. LOS ALIMENTOS DE RIESGO	17
1. Causas de contaminación.....	17
2. Pasos básicos en higiene alimentaria que deben seguirse para evitar el riesgo de intoxicación alimentaria.....	19

E.	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA	21
1.	Evaluación nutricional	21
2.	Factores de riesgo	21
3.	Evaluación de la situación nutricional.....	21
4.	Clasificación de los indicadores	22
5.	Evaluación antropométrica.....	22
IV.	HIPOTESIS.....	24
V.	METODOLOGIA	25
A.	LOCALIZACION Y TEMPORALIZACION	25
B.	VARIABLES.....	25
1.	Identificación:.....	25
2.	Definición.....	26
3.	Operacionalización	29
C.	TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION	30
D.	POBLACION, MUESTRA O GRUPO DE ESTUDIO	30
1.	Grupo de estudio	30
2.	Criterios de inclusión.....	30
3.	Criterio de exclusión	30
E.	DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO	31
1.	Acercamiento	31
2.	Recolección de datos.....	31
3.	Procesamiento de datos	32
F.	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS JMP v5.1.....	32
VII.	CONCLUSIONES	55
VIII.	RECOMENDACIONES	58

IX.	REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	59
X.	ANEXOS.....	63

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Operacionalización.....	29
Tabla N° 2. Procesamiento y análisis de datos JMP v5.1	33
Tabla N° 3. Variación en la prevalencia de antes y después de la intervención según consumo de complemento nutricional	41
Tabla N° 4. Variación en la prevalencia de antes y después de la intervención según el diagnóstico de anemia.....	42
Tabla N° 5. Variación en la prevalencia de antes y después de la intervención con enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias agudas.	43
Tabla N° 6. Variación en la prevalencia de antes y después de la intervención según consumo de porción de desayuno.....	44
Tabla N° 7. Variación en la prevalencia de antes y después de la intervención según consumo de porción de media mañana.....	45
Tabla N° 8. Variación en la prevalencia de antes y después de la intervención según consumo de porción de almuerzo.....	46
Tabla N° 9. Variación en la prevalencia de antes y después de la intervención según el consumo de porción de la tarde.....	47
Tabla N° 10. Distribución porcentual de estado nutricional según la clasificación de Aterlow al inicio de la intervención	53
Tabla N° 11. Distribución porcentual de estado nutricional según la clasificación de Aterlow al final de la intervención.....	54

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1. Distribución de la Población Según La Edad En Meses.....	34
Gráfico N° 2. Distribución de la población según el sexo.	35
Gráfico N° 3. Distribución de pacientes según el perímetro cefálico.	36
Gráfico N°4. Distribución pacientes según pruebas bioquímicas de hemoglobina.	37
Gráfico N° 5. Distribución de pacientes según diferenciación de hemoglobina	38
Gráfico N° 6. Distribución de pacientes según percentil de metabolismo basal	39
Gráfico N° 7. Distribución de pacientes según puntaje Z	40
Gráfico N° 8. Análisis entre peso inicial y peso al final de la investigación	48
Gráfico N° 9. Análisis entre talla inicial y talla al final de la investigación	49
Gráfico N° 10. Análisis entre perímetro cefálico inicial y perímetro cefálico al final de la investigación	50
Gráfico N° 11. Análisis entre PBMI inicial y PBMI al final de la investigación	51
Gráfico N° 12. Análisis entre hemoglobina inicial y hemoglobina al final de la intervención.	52

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo N° 1. Mapa de parroquia Licán y ubicación de los CIBV	63
Anexo N° 2. Solicitud, Presidente de la junta parroquial	64
Anexo N° 3. Solicitud, Proveedora	65
Anexo N° 4. Solicitud, Encargado de centros infantiles	66
Anexo N° 5. Encuesta	67
Anexo N° 6. Acta de consentimiento:	68
Anexo N° 7. Registro del consumo diario del suplemento de micronutrientes "CHIS PAZ" - CIBV	69
Anexo N° 8. Guía de porciones de alimentos según el tipo de preparación por niño-niña menores de 5 años	70
Anexo N° 9. Requerimiento Nutricional	76
Anexo N° 10. Servicios de alimentación rutina diaria	77
Anexo N° 11. Ficha de recepción del servicio de alimentación	78

I. INTRODUCCIÓN

La desnutrición infantil es un problema difícil de erradicar. Desde el vientre materno y hasta los cinco años de edad, es la etapa más importante en la vida de un ser humano, determinante para su desarrollo físico y mental posterior. En esta etapa se producen cambios definitivos e irreversibles. La desnutrición crónica de la madre así como una alimentación deficiente en los primeros meses de vida debido a un menor tiempo de lactancia materna y un destete precoz son factores que inciden directamente en el estado nutricional de los-as niños-as. Se constituyen también en agentes contribuyentes, la alimentación complementaria inadecuada en cantidad y calidad, el desconocimiento de las madres en lo que respecta a alimentación y nutrición, hábitos y creencias erróneas en la alimentación infantil así como los largos periodos fuera del hogar por parte de los padres, sumado a ello la pobreza.

La desnutrición menores de 5 años a nivel mundial afecta actualmente a un tercio, aproximadamente el 12 % de los niños y niñas en América Latina. Entre los principales países del tercer mundo afectados por este problema: Ecuador, Perú y Bolivia, donde se presentan factores de riesgo comunes, la situación crítica se presenta en la Sierra y el Altiplano, y mayor porcentaje en la población indígena.

La desnutrición infantil menores de 5 años en el Ecuador llevando a graves problemas alimenticios determinantes en la salud como es el caso de la desnutrición crónica es de 35.7%. Lamentablemente el problema en nuestro país no es la falta de disponibilidad de alimentos, es la inequidad en el acceso a una alimentación adecuada que tiene por factores educativos y por otra, factores económicos.

Aquellos niños que tuvieron una baja talla-por-edad debido a una deficiencia nutricional durante el embarazo o inicios de la vida, están en mayor riesgo de volverse obesos más adelante en la vida, porque están “programados” a conservar

la grasa, resultando a su vez en una mayor vulnerabilidad ante las enfermedades crónicas no transmisibles en la edad adulta.

La obesidad ya no es un rasgo distintivo de alto nivel socioeconómico, sino más bien se está convirtiendo en una marca de la pobreza.

La investigación se realizó en la Ciudad de Riobamba en centros Infantiles de Buen Vivir pertenecientes a la parroquia Licán con el objetivo de determinar la Recuperación Nutricional de la Desnutrición Leve y Moderada en Relación a las Terapias Nutricionales Implementadas en los CIBVS. Con la aplicación de la terapia nutricional a los niños con desnutrición Leve y moderada de 1 año a 5 años de edad existe una recuperación nutricional. La terapia nutricional es conocida en el ámbito alimentario como una alternativa de solución, que permite recuperar el estado nutricional de los niños, que se puede aplicar las dietas adecuadas en los centros infantiles con la que se promueve la recuperación nutricional propiamente dicha.

Valorar la recuperación nutricional de niños y niñas con desnutrición leve y moderada en relación a las terapias nutricionales implementadas en centros infantiles pertenecientes a junta parroquial de Licán.

II. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERALES:

Valorar la recuperación nutricional de los niños y niñas con desnutrición leve y moderada en relación a las terapias nutricionales implementadas en los centros infantiles pertenecientes a la junta parroquial de Licán.

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar las características generales de la población
- Identificar las patologías más recurrentes de los niños asistentes al Centro Infantil
- Determinar el estado nutricional de los niños mediante evaluación Antropométricas específicas
- Identificar la ingesta alimentaria implementada según la asistencia al CIBV.
- Valorar el impacto de las terapias nutricionales.

III: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

A. RECUPERACIÓN NUTRICIONAL

1. Conceptos Básicos

a. Alimentación

Es el conjunto de eventos que deben tener lugar para que un individuo pueda llevarse a la boca un alimento.

b. Nutrición

Conjunto de procesos por los cuales el organismo ingiere, digiere, transporta, metaboliza y excreta las sustancias contenidas en los alimentos, de modo que inicia cuando consumimos un alimento.

c. Alimento

Alimento es aquello que los seres vivos comen y beben para su subsistencia. El término procede del latín alimentum y permite nombrar a cada una de las sustancias sólidas o líquidas que nutren a todos los seres vivos.

Nutriente: Elemento nutritivo de un alimento, existen dos grupos:

- **Esenciales:** Son aquellos tomados del exterior o medio ambiente, los mismos que no pueden ser sintetizados por el organismo.
- **Energéticos:** Son aquellos proporcionados por los principios inmediatos, los mismos que aportan energía química y que se encuentran contenidos en los enlaces de sus moléculas.

d. Estado nutricional

Refleja la forma como se cubren las necesidades fisiológicas de los nutrientes en el cuerpo humano en un momento específico de la vida. El consumo de nutricional a su vez es influido por factores económicos, alimentarios, culturales y religiosos, así como por la sensación de hambre y apetito, al contrario de las necesidades nutricionales se afecta en caso de enfermedades, como la diarrea, fiebre, infecciones, estados normales como el embarazo, actividad física.

El estado de nutrición debe valorarse en forma periódica, aplicando diferentes técnicas de acopio de datos, como información sobre la dieta (encuesta alimentaria), tamaño, composición corporal (antropometría).

Signos clínicos estudios bioquímicos de sangre, orina, tejidos y componentes del organismo que indican si se han cubierto las necesidades de nutrimentos y si estos se han empleado adecuadamente en el organismo. Cuando no se cubren las necesidades nutricionales en el organismo se desnivelan y tarde o temprano se traduce en enfermedad. Por ejemplo la deficiencia crónica de hierro se muestra como anemia, cuando hay deficiencia de agua se traduce como deshidratación, la insuficiencia de vitamina A produce ceguera nocturna.

e. Desnutrición

La desnutrición es un estado patológico provocado por falta de ingesta o absorción de alimentos o por estado de exceso de gasto metabólico. Enfermedad multisistémica que afecta a todos los órganos y sistemas del ser humano; subnutrición es la inseguridad alimentaria crónica, por medio de la ingestión de alimentos que no cubren las necesidades de energía básicas de manera continua. La Malnutrición es el estado patológico por la deficiencia y el exceso o mala asimilación de los alimentos. Hay 3 tipos de desnutrición:

- **Desnutrición aguda:** Deficiencia de peso para altura (P/A). Delgadez extrema. Resulta de una pérdida de peso asociada con periodos recientes de hambruna o enfermedad que se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo.
- **Desnutrición crónica:** Retardo de altura para la edad (A/E). Asociada normalmente a situaciones de pobreza, con consecuencias para el aprendizaje y menos desempeño económico.
- **Desnutrición global:** Deficiencia de peso para la edad. Insuficiencia ponderal. Índice compuesto de los anteriores ($P/A \times A/E = P/E$)
- **Kwashiorkor:** Trastorno dietético grave observado en niños entre los diez meses y los tres años, que se debe a una malnutrición severa que incluye una carencia de nutrientes vitales básicos y un déficit importante de proteínas.
- **Marasmo:** Grave decaimiento somático y funcional del organismo provocado por una grave deficiencia de proteínas y de calorías

f. **Nutrimento condicional**

Es el que en condiciones fisiológicas se puede sintetizar en las células, pero en caso de mayor demanda metabólica, la cantidad sintetizada podría ser insuficiente, por lo que su presencia en la dieta se vuelve necesaria.

g. **Terapias Nutricionales**

Las terapias nutricionales son aplicables para cualquier problema de salud y debería ser parte integral de todo tipo de tratamiento. Las comidas que ingerimos influyen en gran medida en nuestro estado de salud, cada alimento posee cualidades únicas que pueden ser de gran ayuda para sanar una enfermedad o mantenernos saludables.

Cada persona es un individuo que tiene necesidades dietéticas y nutricionales propias según sus actividades, el estilo de vida, y las características propias del metabolismo, que no son iguales en todas las personas, el terapeuta nutricional elabora entonces una dieta a seguir que aporte todos los nutrientes necesarios para cada caso.

Cuando se trata de buscar un efecto terapéutico, las dosis son muy importantes en este caso, las dosis elevadas de un micronutriente aseguran el efecto terapéutico buscado. Consiste en corregir los desequilibrios nutricionales con macro nutrientes (proteínas, hidratos de carbono o grasas) o con micronutrientes bien sean vitaminas o minerales.

La multi-elementalidad en las delicadas reacciones químicas de nuestro organismo los micronutrientes nunca actúan aisladamente; hay una interacción entre diferentes micronutrientes que "trabajan" conjuntamente.

Así, por citar el ejemplo más conocido, el calcio y la vitamina D: una carencia de vitamina D implica una carencia de calcio. Es inútil la administración o absorción de calcio en dosis altas si por otra parte se olvida la vitamina D, ya que precisamente esta vitamina permite la asimilación del calcio en el organismo.

Otros ejemplos de parejas de micronutrientes pueden ser: magnesio y vitamina B6, selenio y vitamina E, cromo y vitamina P.

Estos ejemplos son válidos para todos los micronutrientes: cada uno actúa con su complementario.

El inter-equilibrio en las asociaciones de micronutrientes no sólo deben respetarse las reglas cualitativas sino también, como veremos, las cuantitativas. En efecto existe una relación ideal entre las proporciones de los diferentes micronutrientes.

Esta relación es, por ejemplo de 14 para el zinc y el cobre: es decir se necesitan 14 veces más zinc que cobre. (1)

La absorción en el aparato digestivo la vía natural de absorción de todos los nutrientes, incluidas las vitaminas, minerales y oligoelementos, es el tubo digestivo. Para evitar alteraciones en la absorción, no deben tomarse dosis muy altas en una única toma. Los micronutrientes en los desequilibrios nutricionales se prescriben a la dosis mínima que es necesaria para restablecer el equilibrio alterado.

Para que la acción terapéutica sea eficaz y beneficiosa en los desequilibrios nutricionales se deben respetar tres principios esenciales cuando se asocian vitaminas y minerales o sus sales.

Cuando se trata de buscar un efecto terapéutico, las dosis son muy importantes. En este caso, las dosis elevadas de un micronutriente aseguran el efecto terapéutico buscado. Citaremos, por ejemplo, las grandes dosis de aceite de pescado, de vitamina E, de vitamina A o de vitamina C. Estos tratamientos siempre deben llevarse bajo estricto control médico. (2)

B. ALIMENTACION PREESCOLAR

1. Etapa pre-escolar

Los programas de atención al niño, procuran al desarrollo integral, es decir, en su totalidad física y psicológicamente. El desarrollo psico-socio-afectivo, explica y describe los cambios en el comportamiento infantil y busca la manera de optimizarlos, poniendo énfasis en el aspecto de la relación del niño consigo mismo y con los demás, como elemento de seguridad física y emocional.

El desarrollo psico-socio-afectivo, es un proceso gradual y continuo de cambios, en la cantidad y calidad del modo de ser de una persona durante toda su vida. Implica por lo tanto, un aumento en el tamaño del cuerpo, así como los cambios graduales y finos en la manera de sentir, actuar y pensar.

El desarrollo se hace posible bajo la influencia de las condiciones de la vida y la interacción con otras personas, objetos y cosas en correspondencia con el medio ambiente. Estas modificaciones parecen bruscas, sin embargo son el resultado de transformación muy pequeñas que no pueden percibirse fácilmente.

a. Característica de la edad preescolar

El niño desde su concepción hasta que alcanza su edad adulta, es un ser individualizado, destinado a crecer y desarrollarse física, intelectual, afectiva, social y espiritualmente.

Las características más notables en los primeros años de vida son:

- Al primer año de vida se lo conoce como el periodo de la dependencia y sensorialidad, es evidente que el niño dependa de su madre para mantener su existencia física y lograr bienestar; se manifiesta también dependencia psicológica.
- El segundo año se caracteriza por un desarrollo rápido centrado sobre todo en dos importantes habilidades: hablar y caminar.
- El mayor progreso que los niños tienen demuestran a los tres años es un aumento general en el control de los movimientos del cuerpo al caminar y correr, son uniformes y menos bruscos que a los dos años. Hay un aumento significativo de las habilidades motoras, desde las más delicadas hasta las más

firmes. Aceptan mejor el mundo real y sus limitaciones impuestas por sus dimensiones y peso.

- A los cuatro años los niños han adquirido ya una considerable destreza física y verbal e incluso cierto discernimiento social. La rapidez de sus movimientos y de su lenguaje han aumentado tanto que al compararlo con los niños de tres años parecen lentos y hasta torpes. La mayor destreza física conlleva a carreras, saltos, trampolines y hasta en ocasiones balanceo en un pie, otro tanto ocurre con las palabras, hablan más y con más rapidez.
- Al cumplir los cinco años, los niños evidencian muy claramente su necesidad de conocer y experimentar con todo y establecer vínculos con objetos, animales, plantas, personas o fenómenos de la naturaleza. Hay que brindarles la oportunidad de satisfacer sus requerimientos e incrementar sus relaciones.

b. Alimentación del pre-escolar

La edad pre-escolar es muy importante pues permite establecer en los niños correctos hábitos alimentarios. La educación alimentaria nutricional de los responsables de los servicios de alimentación es fundamental para formar en el niño actitudes favorables hacia los alimentos.

Al cumplir el primer año, el niño empieza seleccionar más los alimentos y su apetito disminuye. Observa lo que se le va a dar, eligiendo los más atractivos; también rechaza los que no le gusta. Hay algunas razones que lo llevan a escoger sus alimentos:

- Empieza a comprender que tiene opción propia sobre ellos.- Puede distinguir los diferentes sabores: dulce, amargo, salado, agrio.

- Su memoria está organizada. Se da cuenta que le suministran comidas con regularidad y que dispone de tiempo para seleccionar lo que prefiere.

En la etapa de los dos a cinco años, es cuando se inicia el aprendizaje. El niño empieza a descubrir los principios del comportamiento alimentario fijándose, en los padres y las personas que lo rodean, igualmente el niño ira descubriendo las nociones de higiene alimentaria: lavarse las manos, estar juicioso durante las comidas, masticar bien los alimentos, cepillarse los dientes con regularidad. De este aprendizaje va a depender el buen funcionamiento digestivo y la correcta nutrición del futuro adulto. (12)

C. REQUERIMIENTO NUTRICIONAL

1. Etapa Preescolar

En la etapa preescolar las necesidades nutricionales se van elevando paulatinamente, para el normal crecimiento y desarrollo de los tejidos y órganos. Los huesos se clasifican y se alargan, los músculos aumenta su tamaño, el volumen sanguíneo se eleva y se amplía la capacidad del tubo digestivo.

a. Proteínas.

Son el principal componente de las células, entre las funciones que pueden tener en el organismo la más importante es la de formar y reparar las estructuras corporales.

Las proteínas de los alimentos de origen animal (huevos, carnes, pescados y lácteos) tienen una calidad superior a las de origen vegetal (legumbres, cereales, frutos secos). Se puede alcanzar una calidad óptima con la proteína vegetal combinando cereales o patatas con legumbres.

Las proteínas deben aportar entre un 12 y un 15% de energía total en la dieta consumida diariamente en la infancia. En general, la dieta infantil debe ser rica en proteínas; solo suelen mostrar carencias quienes siguen dietas vegetarianas rígidas y mal planificadas.

b. Carbohidratos.

Son compuestos orgánicos que constituye la principal fuente de energía de la dieta de los niños que deben aportar, al menos, entre un 50 y un 60% de la energía total consumida diariamente. Los alimentos ricos en hidratos de carbono son cereales, patatas, legumbres, verduras y frutas.

Se recomienda que los hidratos de carbono consumidos sean en su mayoría complejos (almidón), y que la ingesta de hidratos de carbono simples (azúcares) se limite al 10% de la energía consumida diariamente.

c. Hidratos de Carbono.

Son fundamentales en el metabolismo de los centros nerviosos, ya que la glucosa proporciona casi toda la energía que utiliza el cerebro diariamente. También confieren sabor y textura a los alimentos y de esta manera contribuyen al placer de comer.

d. Fibra.

Actúa como regulador de la mecánica intestinal y tiene un efecto beneficioso en la prevención de enfermedades comunes, como obesidad, estreñimiento, colon irritable, cáncer de colon, arterioesclerosis y otras enfermedades cardiovasculares. Los principales alimentos suministradores de fibra son: cereales integrales, verduras, frutas y legumbres.

e. Lípidos o Grasas.

Estos son nutrientes vitales proporcionan mayor aporte energético que los hidratos de carbono. Un gramo de grasa aporta 9Kcal., el cuerpo obtiene de la grasa la cantidad de energía que necesita y el resto de energía es almacenada en el tejido adiposo. Los lípidos no deben superen del 30-35% del total de la energía consumida diariamente.

Entre los alimentos ricos en lípidos tenemos los aceites y grasas, mantequilla, margarina, tocino, carnes, embutidos y frutos secos, sus características organolépticas son atractivas además sus olores y sabores dependen de la grasa; su consumo se relaciona con una percepción sensorial placentera. Son necesarios en la dieta de la población infantil como fuente no solo de energía, que requieren para hacer frente a sus elevadas necesidades debidas al crecimiento, sino también como vehículo de vitaminas liposolubles (A, D, E, K) y para aportar los ácidos grasos esenciales, cuya deficiencia podría afectar a la maduración del sistema nervioso central y de otros sistemas.

Los minerales son nutrientes esenciales para la vida, que además de formar parte de los tejidos, permiten el mejor funcionamiento del organismo. En general se requieren en pequeñas cantidades, miligramos o microgramos, pero que tienen importantes funciones reguladoras y forman parte de la estructura de muchos tejidos, huesos y dientes, controlan la composición de los líquidos extra e intracelulares y forman parte de enzimas y hormonas, moléculas esenciales para la vida. En el grupo de los minerales se puede resaltar el calcio, en nuestra dieta lo podemos obtener de la leche y sus derivados, de los pescados pequeños.

f. El calcio

Es fundamental para la mineralización del esqueleto y para obtener la máxima cantidad de masa ósea en los huesos.

Esta circunstancia no es ajena al hecho de que alrededor del 50% de la población infantil no desayuna o no lo hace adecuadamente, al no consumo de leche y al aumento de bebidas no alcohólicas ricas en fosforo, que rompen el necesario equilibrio calcio/fosforo.

El hierro en el organismo forma parte de la hemoglobina de la sangre, participando en el transporte del oxígeno, su deficiencia es la causa más frecuente de anemia nutricional. Su deficiencia origina alteraciones en el desarrollo y la función del sistema nervioso central, con alteraciones del aprendizaje la conducta, menor capacidad y resistencia al realizar actividad física. Los alimentos ricos en hierro son la sangre, vísceras (hígado, riñón, corazón) y las carnes rojas.

g. El zinc

Forma parte de un gran número de enzimas y es fundamental para el crecimiento, desarrolla el sentido del gusto y estimula el apetito, facilitando la cicatrización de las heridas.

Se encuentra presente en gran número de alimentos, siendo las carnes rojas, las leguminosas y algunos productos del mar.

h. Vitaminas.

Son micronutrientes necesarios, entre otras funciones, para que sea posible la transformación de los alimentos en energía y en estructuras corporales, la mayoría de las vitaminas actúan en la regulación del metabolismo. Por sus propiedades físicas, se clasifican en hidrosolubles y liposolubles.

Entre las vitaminas liposolubles se encuentra la vitamina A, que incluye el retinol y carotinoides esenciales para la visión.

Las fuentes de retinol son el hígado, la leche entera y la mantequilla, mientras que los carotenoides se encuentran en zanahorias, espinacas y frutas de color amarillo.

En cuanto a la vitamina D, el aporte de esta vitamina, junto con el de calcio, es fundamental para la mineralización del esqueleto y para la consecución de una máxima cantidad de masa ósea en los huesos.

Los pescados grasos, huevos, leche y derivados son productos enriquecidos como fuente dietética de vitamina D, pero no se debe olvidar que también se obtiene la vitamina D por la acción de la luz solar sobre la piel.

i. Vitamina E

Actúa en el organismo como antioxidante y está presente en muchos alimentos; entre las fuentes más ricas se pueden destacar los aceites vegetales y los huevos.

j. Vitamina K

Es primordial para la coagulación de la sangre y se encuentra en todos los vegetales de hoja verde como la acelga, espinaca, col verde y blanca.

Vitaminas hidrosolubles se encuentra el ácido fólico, su ingesta en la infancia es superior a la recomendada. En el organismo desempeña diversas funciones relacionadas con la división de las células. Las verduras de hoja verde, las vísceras y los garbanzos son una buena fuente de ácido fólico.

k. Vitamina B1

Conocida como tiamina, es fundamental para la transformación de azúcares y realiza una labor importante relativa al sistema nervioso, y en la metabolización del

oxígeno y se encontrar en los siguientes alimentos: germen de trigo, alubias, levadura de cerveza, hígado, carne de cerdo y riñones, pan integral, pescado, leche y sus derivados.

l. La vitamina B2 o Riboflavina

Es fundamental para transformar los alimentos en energía, pues favorece la absorción de grasas, proteínas e hidratos de carbono (carbohidratos). La vitamina B2 se encuentra en los siguientes alimentos: hígado, quesos, yogurt, setas, carne, leche, levadura seca, huevos y pescado, pan integral, cereales y verduras cocidas. La carencia de vitamina B2 puede provocar anemia y trastornos del hígado, resequedad, conjuntivitis, dermatitis en las mucosas y en la piel y úlceras en la boca. Para una mejor asimilación, es recomendable no mezclar su ingesta con penicilina, ácido bórico, etc.

m. Vitamina B6 o Piridoxina

Es de enorme importancia en crecimiento, reproducción y conservación de las células del organismo. Sus fuentes de Vitamina B6 son hígado, germen de trigo, levadura seca, carne, riñones, legumbres, pescado, coliflor, huevos, judías verdes, plátanos y pan integral.

La carencia de vitamina B6 ocasiona inflamaciones de piel como pelagra, eczemas, resequedad, diarrea, anemia e incluso demencia. La vitamina B6 es importante para mujeres al llegar la menopausia ya que alivia sus síntomas.

n. Vitamina B9

Ácido fólico está ligado al crecimiento y correcto funcionamiento de la médula ósea hasta el punto de resultar imprescindible, favoreciendo también la regeneración de las células. La vitamina B9 se encontrar en los siguientes

alimentos: berros, espinacas, zanahorias, frutas, hígado, pepinos, queso, riñones, carne, huevos y pescado. La falta de vitamina B9 ocasiona insomnio, cansancio e inapetencia y puede provocar malformaciones en el feto en mujeres embarazadas.

ñ. La vitamina B12

Cobalamina contribuye en el desarrollo del sistema nervioso y también es de gran importancia para el crecimiento. Además es indispensable para la síntesis de glóbulos rojos, la médula ósea y el funcionamiento correcto del tracto gastrointestinal. Fuentes de vitamina B2 son derivados de la leche, huevos, riñones, hígado, carnes y pescado.

La carencia de vitamina B12 tiene como consecuencia debilidad en la mielina, membrana que protege de los nervios del cerebro y de la médula espinal y o anemia perniciosa. No es recomendable la ingesta de vitamina B12 junto con la vitamina C, puesto que la vitamina C, dificulta su absorción.

D. LOS ALIMENTOS DE RIESGO

1. Causas de contaminación

Entre las causas de contaminación, aparecen principalmente en los siguientes alimentos

a. Los huevos y sus derivados

Que provocan aproximadamente 1/3 de las intoxicaciones por la Salmonella enteritidis la prevención se basa principalmente en el mantenimiento de la cadena de frío y en el respeto máximo de las fechas de caducidad.

b. El pollo

Las contaminaciones debidas a contaminantes orgánicos tales como la Dioxina (que ha abarcado recientemente los medios de comunicación), ya que es un tipo de contaminación accidental. Sin embargo, el pollo es portador frecuente de bacterias: de salmonela es un riesgo especial, ya que el pollo casi siempre se consume cocinado no obstante, puede ser contaminado directamente: el pollo se encuentra en contacto directo con otros alimentos (por ejemplo, en el frigorífico)

c. Los alimentos que se consumen crudos o poco cocidos

El pescado se puede contaminar con el paracito de Anisakis pueden reproducirse o sobrevivir en el intestino humano después de consumir pescado crudo. El paracito vive en el estómago de los mamíferos marinos delfines, ballena (arenque, caballa, atún, salmón). La enfermedad se manifiesta en el ser humano unas horas después de ingerir pescado que contenga parásitos (dolores gástricos, vómitos.) A modo de prevención esta contaminación se debe cocinar el pescado a 70°C, o bien, congelarlo durante algunos días a -20°C si se va a consumir crudo.

d. La carne

Su contaminación superficial no afecta a la carne que no se ha picado, ya que la cocción la elimina fácilmente. Sin embargo, si la carne está picada, la contaminación se distribuye por toda la pieza.

Sólo se eliminarán las bacterias, cocinando perfectamente. Por otro lado, es necesario recordar que la carne picada ultra congelada se debe cocer sin descongelarla previamente para evitar así que aumente el riesgo de multiplicación bacteriana en el alimento.

e. Las frutas y las verduras

Raras veces son motivo de intoxicación. De hecho, los alimentos que consumimos casi nunca son nocivos en sí mismos (si bien algunas frutas exóticas suelen provocar alergias). No obstante, pueden desarrollar toxinas si no se consumen a tiempo. El riesgo principal se procede de la contaminación por parte de un agente patógeno externo, ya sea en el momento del cultivo o durante su manipulación.

Las alergias alimentarias representan aproximadamente un 2% del número total de alergias. Sin embargo, la gravedad de algunas crisis y, en particular, el riesgo anafiláctico (potencialmente letal) nos obliga a ser prudentes. Prudentes no sólo ante productos exóticos (kiwi, litchi, mango, papaya...) con propiedades alérgicas frecuentes, sino también ante posibles alérgenos ocultos en otros alimentos.

f. El cacahuete

Por ejemplo, es el alérgeno alimenticio más extendido y aparece bajo múltiples formas y en diversos productos. Su concentración suele ser muy reducida y no se indica en el envase. No obstante, dicha cantidad basta para provocar una reacción alérgica. Los alimentos que se suelen encontrar entre los casos de alergias alimentarias son las nueces, la leche, los huevos o los crustáceos. Asimismo, la manipulación de los alimentos en el momento del envasado ha extendido el uso (por razones de higiene) de los guantes de látex, que se pueden convertir en un alérgeno alimenticio oculto.

2. Pasos básicos en higiene alimentaria que deben seguirse para evitar el riesgo de intoxicación alimentaria.

- Cocción: Cocinar alimentos totalmente, especialmente carnes y huevos. Las carnes picadas tienen un alto riesgo de contaminación por lo tanto toda preparación que las contenga deben estar cocinadas hasta los 74°C.

- Separación: Nunca permita que entren en contacto alimentos crudos con alimentos listos para consumo. Los utensilios de corte, cuchillos, tablas y recipientes usados para las carnes crudas deben lavarse y enjuagarse completamente antes de ser usados para la comida procesada evitando con ellos la contaminación “cruzada”.
- Higiene: Quienes manipulan los alimentos en el hogar o trabajo deben conocer la importancia de una higiene personal permanente y adecuada especialmente en sus manos que deben lavarse con frecuencia durante la jornada y sin excepción al salir del baño.
- Conservación: En el hogar o en los comedores infantiles, la comida preparada para comer o las porciones sobrantes de la comida deben guardarse en el refrigerador o en un sitio fresco, nunca en el horno o en la alacena.

a. Contaminación cruzada.

(Contacto entre los alimentos crudos y alimentos cocidos).-los microorganismos presentes en las carnes crudas pueden contaminar otros alimentos que están en el refrigerador, o ser transmitidos a otros alimentos, cortados con el mismo cuchillo y la misma tabla de picar.

b. Alimentos secos

Todas las harinas serán tamizadas para retener partículas y terrones. Lave las manos después de manipular pescado, aves, carnes o alimentos envasados o frescos no lavados (11)

E. EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA

1. Evaluación nutricional

La evaluación nutricional y la vigilancia de crecimiento físico en los niños desde nacimiento hasta la madurez constituyen una de las acciones más importantes al cumplir en atención primaria. La evaluación es esencial para prevenir y detectar las enfermedades, identificando las desviaciones de los patrones normales. Según la OMS, la evaluación nutricional es la interpretación de la información obtenida junto con el estudio antropométrico, bioquímico y/o clínico; y que se utiliza básicamente para determinar la situación nutricional de individuos o de poblaciones.

2. Factores de riesgo

Los factores de riesgos pueden ser alimentarios, hereditarios, ambientales con su entorno emocional y social. Por lo tanto el equilibrio entre el ingreso y las necesidades de los nutrientes es muy importante para su desarrollo crecimiento adecuado de los niños

3. Evaluación de la situación nutricional.

Para la evaluación nutricional se necesita de tres cosas: Un índice o indicadores;, tablas de referencia, límites de inclusión o puntos de corte.

- **Indicadores.-** es una medida objetiva y representativa de la situación nutricional.
- **Población de referencia:** Son valores de normalidad.
- **Límites de inclusión o puntos de corte.-** Es el valor que se considera el límite de la normalidad.

4. Clasificación de los indicadores

- **Indicadores alimentarios:** registro o ingesta y de necesidades
- **Indicadores antropométricos y de composición corporal:** Miden la alteración de tamaños y relaciones corporales o de principales comportamientos. Surgen de combinar una medida corporal con la edad o con otra medida.
- **Indicadores bioquímicos:** objetivan la alteración metabólica o funcional de la carencia de un nutriente.
- **Indicadores clínicos:** surgen de la semiología nutricional

5. Evaluación antropométrica

La antropometría es la medición de los segmentos corporales que, comparados con patrones de referencia, permiten realizar diagnósticos nutricionales y las mediciones antropométricas establecen el tamaño y la composición del cuerpo y reflejan la ingesta inadecuada o excesiva para lo cual necesitamos las siguientes medidas antropométricas.

- **Peso:** Evalúa la masa corporal o índice de sensibilidad de crecimiento
- **Longitud corporal o talla:** expresa el crecimiento lineal del niño en un momento dado, también evalúa el tejido óseo
- **Perímetro cefálico:** Evalúa la masa encefálica
- **Perímetro braquial:** Evalúa la piel, tejido graso muscular y diámetro del hueso
- **Pliegues cutáneos:** Evalúa la masa grasa subcutánea. Los pliegues más utilizados son el tricipital y el subescapular
- **Índice de Masa Corporal:** (IMC) como indicador antropométrico para definir Déficit y exceso, desde el año hasta la adultez, incluyendo embarazadas. Dado que las nuevas referencias de IMC para la edad y sexo son consistentes con los valores del adulto, sirven para monitorear la conformación corporal a lo largo de todo el ciclo vital.

- **Evaluación del crecimiento:** En todos los casos se sugiere considerar el cálculo de los parámetros básicos en niños y niñas: peso/edad, talla/edad e IMC/edad, según los puntos de corte detallados en los árboles de decisión. Esta primera apreciación conlleva el compromiso del equipo de salud en el seguimiento posterior antropométrico y clínico para definir si corresponde la categoría diagnóstica al ingreso y reevaluar el tratamiento instituido en los casos que corresponda. Para una aproximación al diagnóstico nutricional, se propone utilizar:
- **Riesgo de sobrepeso:** En el seguimiento del indicador talla / edad, es importante monitorear que las mediciones sean paralelas a las líneas de percentiles en las que se ubica el canal de crecimiento del niño, niña o adolescente. Cualquier alejamiento hacia abajo, deberá dar lugar a una evaluación diferencial a fin de prevenir retardos secuela res. Se considera recuperación nutricional cuando, a lo largo del seguimiento, se logra revertir el diagnóstico de malnutrición, ya sea por déficit o exceso, ubicándose el crecimiento del niño, niña o adolescente en parámetros normales (por antropometría y/o evaluación clínica), durante 3 controles de salud sucesivos.

IV. HIPOTESIS

La recuperación nutricional de los niños y niñas desnutridos influye en relación con el grado de la desnutrición y la terapia nutricional implementada.

V. METODOLOGIA

A. LOCALIZACION Y TEMPORALIZACION

La presente investigación se realizó en cuatro CIBVS pertenecientes a la Junta Parroquial de Licán, Cantón Riobamba durante el periodo octubre 2014 a 2015

B. VARIABLES

a. VARIABLE DEPENDIENTE

Estado nutricional

b. VARIABLE INDEPENDIENTE

Patología concurrente

Estado nutricional

Terapia nutricional

c. VARIABLE DE CONTROL

Edad

Sexo

1. Identificación:

- Características Generales: desnutrición de niños y niñas menores de 5 años
- Patología Concurrente
- Terapia Nutricional
- Consumo alimentario
- Estado nutricional

2. Definición.

a. Características Generales.

La desnutrición es definida como la condición patológica derivada de la deficiencia de los nutrientes esenciales en las células del cuerpo, decimos que se trata de desnutrición primaria cuando los aportes de nutrientes no pueden ser aportados por la situación económica, cultural y/o educativa; así mismo, se clasificará como desnutrición secundaria si los aportes nutricionales son adecuados pero, debido a otras enfermedades, la absorción o utilización de estos alimentos no es adecuada, la pérdida de peso y las alteraciones en el crecimiento son las principales manifestaciones del mal estado nutricional y basados en el peso y talla esperado del niño de acuerdo a su edad o estatura.

b. Patología.

Parte de la medicina que estudia los trastornos anatómicos y fisiológicos de los tejidos y los órganos enfermos, así como los síntomas y signos a través de los cuales se manifiestan las enfermedades y las causas que las produzcan.

El mecanismo de transmisión es fundamentalmente por contacto directo, el período de incubación es variable y puede durar hasta 14 días. Varios son los factores de riesgo en la Infección Respiratoria Aguda como son: demográficos, socioeconómico (ingreso familiar bajo, nivel de escolaridad, lugar de residencia), ambientales que incluye exposición al humo contaminación atmosférica, contaminación doméstica por residuos orgánicos, humo ambiental por tabaco, hacinamiento (aglomeración de personas), exposición al frío, humedad y cambios bruscos de temperatura, deficiente ventilación en la vivienda y factores nutricionales.

c. Terapia nutricional

Estudia el aprovechamiento de los nutrientes en nuestro cuerpo, el equilibrio homeostático del organismo a nivel molecular y macro sistémico; garantizando que todos los procesos fisiológicos se efectúen de manera correcta con el alimento suministrado, logrando así una salud adecuada y previniendo enfermedades.

d. Consumo alimentario.

El estado nutricional evalúa cualitativa y cuantitativamente la ingesta de los alimentos y nutrientes esenciales para el individuo.

e. Estado nutricional.

El estado nutricional de un niño o niña, es el resultado final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes. En los niños y niñas, especialmente durante el primer año de vida, debido a la gran velocidad de crecimiento, cualquier factor que altere este equilibrio repercute rápidamente en el crecimiento. La evaluación del estado nutricional se realiza a través de las mediciones del peso y la talla, siendo la base del monitoreo del crecimiento y el desarrollo del niño y niña.

Para determinar el estado nutricional del niño y niña menor de cinco años, se puede realizar por medio de medidas antropométricas, así como pruebas bioquímicas y signos clínicos; entre otros.

3. Operacionalización

Tabla N° 1. Operacionalización

VARIABLE	DIMENSIÓN	ESCALA DE MEDICION	VALOR
Características general	Sexo	Nominal	Hombre Mujer
	Edad	Continua	Meses
Patología CIBV	EDAS	Nominal	Si No
	IRAS	Nominal	Si No
Terapia Nutricional	Chispas	Nominal	Si No
	Vitaminas A	Nominal	Si No
Consumo Alimentario	Energía	Continua	Kilocalorías
	Proteínas	Continua	gramos
	Grasa	Continua	gramos
	Carbohidratos	Continua	gramos
Suplementación de tiempo de terapia	Primera dosis	Continua	Si No
	Segunda dosis	Continua	Si No
Estado nutricional	IMC//Edad	Ordinal	>1 a ≤ 2 = Sobrepeso < 2 =Obesidad
	Talla //Edad	Ordinal	$< - 2$ = Talla baja para la edad o Retraso en talla $\geq - 2$ a < -1 = Riesgo de talla baja ≥ -1 = Talla adecuada para la edad
	Peso //Edad	Ordinal	$< - 3$ = Peso muy bajo para la talla o Desnutrición Aguda severa $< - 2$ = Peso bajo para la talla o Desnutrición Aguda $\leq - 2$ a $< - 1$ = Riesgo de peso bajo para la talla $\geq - 1$ a ≤ 1 = Peso adecuado para la talla > 1 a ≤ 2 = Sobrepeso > 2 = Obesidad

Fuente: Según la OMS 2007

Elaborado por: Roberta Ati Miñarcaja

C. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El presente trabajo se realizó con un diseño no experimental, tipo longitudinal

D. POBLACION, MUESTRA O GRUPO DE ESTUDIO

UNIVERSO

1. Grupo de estudio

Niños y niñas con diagnóstico de desnutrición leve y moderada de 1 a 5 años de edad que pertenecen a los centros infantiles pertenecientes a la junta parroquial de Licán.

2. Criterios de inclusión

- a) Niños y niñas legalmente matriculado
- b) Acudieron diariamente al CIBVS
- c) Consumieron la alimentación y suplementación diariamente
- d) Consumen la colación de pre escolar
- e) Niños y niñas con diagnostico antropométrico de desnutrición leve y moderada.

3. Criterio de exclusión

Niños y niñas cuyos padres que no firmaron el consentimiento informado.

E. DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO

1. Acercamiento

- Autorización para realizar la investigación: Mediante oficio dirigido a presidente de la Junta Parroquial de Licán, donde se solicita la autorización para la ejecución de la investigación (Anexo 2).
- Oficio dirigido a la proveedora de los alimento (Anexo 3).
- Autorización para realizar la investigación: Mediante oficio dirigido al Sr. coordinador que está a cargo de los CIBV de la Junta Parroquial, en donde se le informó en qué consistió la investigación, (Anexo 4).
- En cada Centro Infantil se informó al personal sobre trabajo investigativo a realizarse previo a su autorización.
- A cada padre de familia se pidió el consentimiento para la participación de los niños y niñas en el estudio realizado.(6)

2. Recolección de datos

Los datos de las características generales se adquirió de la cedula de ciudadanía, como el sexo y edad de cada niño y niña mediante un formulario. (ANEXO 5)

La información de las variables de las patologías (EDAS e IRAS) se logró obtener con la ayuda de las promotoras, mediante una encuesta. (ANEXO 5)

La variable de la terapia nutricional se recolecto mediante el formulario de registro de consumo diario de las chispas y la desparasitación y el consumo de complejo B fue registrada en la historia clínica. (7)

Consumo alimentario se realizó mediante requerimiento nutricional de cada paciente según su estado nutricional utilizando como base de dato. (Anexo 9), las porciones fue mediante guía de porciones de los alimentos según el tipo de

preparación (Anexo 8), y como consumo alimentario diario mediante la ficha de recepción de servicio de alimentación. (Anexo 11).

Para los datos de recolección de estado nutricional se utilizó un formulario de datos antropométricos, balanza digital de marca SECA 803, para el peso y fue tomada de pie a todos los niños y un tallimetro para la talla, una tabla de referencia para la comparación de los datos,

3. Procesamiento de datos

- El estudio de Identificación de las características generales de la población fue procesado por el programa JPM v5.1
- La determinación del estado nutricional de los niños y niñas fue procesado por el programa JPM v5.1
- El estudio de valoración del impacto de las terapias nutricionales. Será calculado mediante el programa JPM v5.1
- El requerimiento nutricional fue calculado manualmente según la guía de porciones,(Anexo 8)y de acuerdo a su estado nutricional de cada niño y niña
- Las variables de las patologías (EDAS e IRAS) fue procesada por el programa de JPM v5.1

F. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS JMP v5.1

- a. La información se procesara y analizara manual y electrónicamente con los programas SOFTWARE
- b. Se presentara los resultados esquematizados en tablas y gráficos utilizando software estadístico JMP 5.1
- c. Variables cuantitativo frecuencia, variable cualitativo dispersión, dependencia central se analizara variable por variable

- d. Cruce de variables se realizara la variable dependiente con cada uno independiente realizando pruebas de TT ANOVA estudien según como corresponda.
- e. Los datos que corresponde a características generales se realizaran a las categorías designadas en cada dimensión de dicha variable. (Ver Operacionalización).

Tabla N° 2. Procesamiento y análisis de datos JMP v5.1

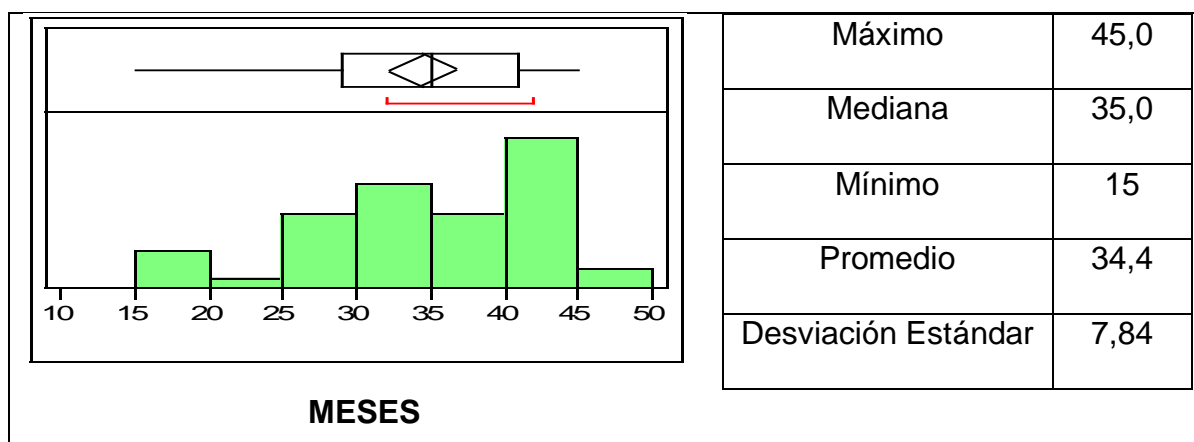
VARIABLE	MÉTODO
NOMINAL	FRECUENCIA PORCENTUAL
ORDINAL	FRECUENCIA PORCENTAJE
CONTINUA	MEDIDAS TENDENCIAS CENTRAL MEDIDAS DE DESPERCION

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Roberta Ati Miñarcaja

VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Gráfico N° 1. Distribución de la Población Según La Edad En Meses



Fuente: Encuesta

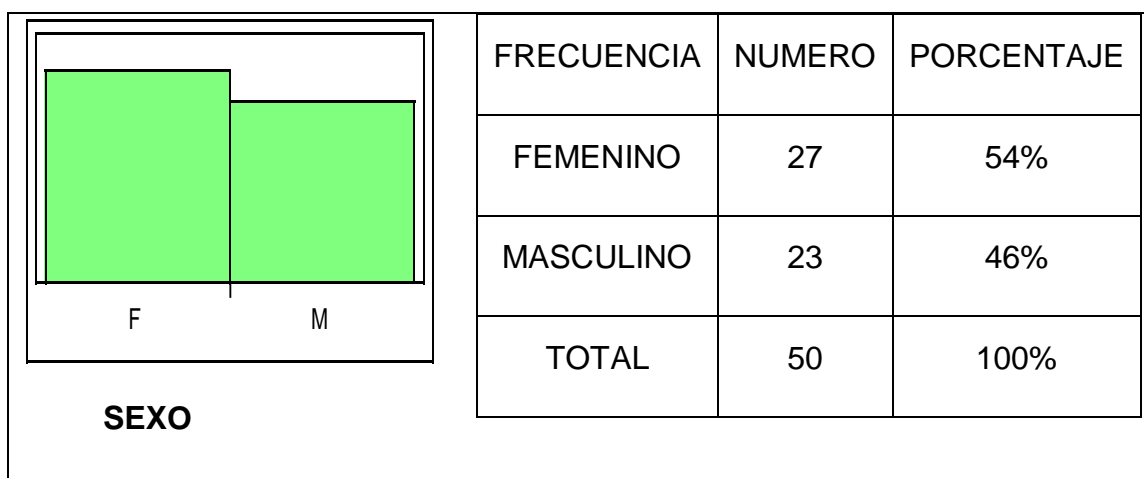
Elaborado por: Roberta Ati Miñarcaja

ANALISIS

En la distribución de los pacientes según la EDAD, se encontró la edad mínima de 15 y un máximo de 45 siendo el promedio de 34,4 y la mediana de 35 y la distribución es asimétrica negativa debido a que el promedio es menor a la mediana.

En la población estudiada se encontraron más los niños y niñas menores de 5 años lo cual es destacado por ser el grupo más vulnerables a nivel nacional.

Gráfico N° 2. Distribución de la población según el sexo.



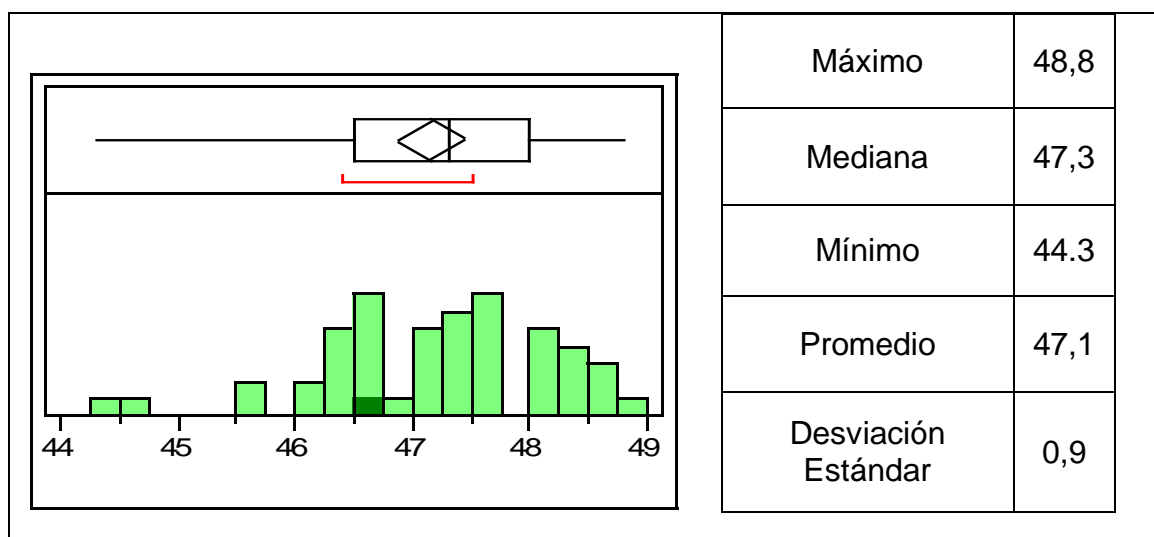
Fuente: Encuestas

Elaborado por: Roberta Ati Miñarcaja

ANALISIS

El porcentaje de la distribución de los pacientes según el SEXO, fueron participes en esta investigación, por su ingreso en las fechas establecidas fueron de sexo femenino con un porcentaje de 54% y el sexo masculino con 46%.

Gráfico N° 3. Distribución de pacientes según el perímetro cefálico.



Fuente: Encuestas

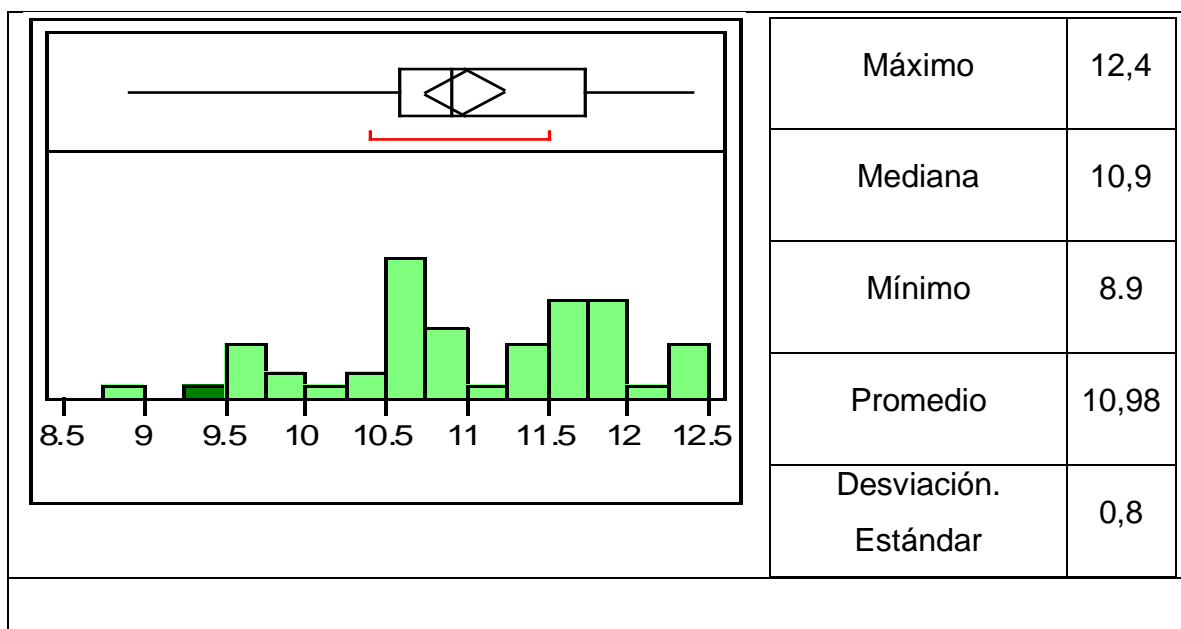
Elaborado por: Roberta Ati Miñarcaja

ANALISIS

En la distribución de los pacientes según el PERIMETRO CEFALICO, se encontró con una mínimo de 44.3 y un máximo de 48.8 siendo el promedio de 47,1 y la mediana de 47,3 y la distribución es asimétrica negativa debido a que el promedio es menor a la mediana. Según este indicador es importante porque el tamaño de la cabeza refleja el desarrollo del cerebro y, si el cerebro no se desarrolla normalmente, como puede ocurrir en niños con retraso mental, es probable que su cabeza sea más pequeña de lo normal. La medición del perímetro cefálico proporciona una medida indirecta del crecimiento cerebral.

Un bebe término de nacer tienen entre 33 y 35.5 cms aproximadamente. Para el sexto mes de edad, el cerebro alcanza el 50% del tamaño del adulto y el perímetro cefálico mide aproximadamente 44 cms; para el año de edad, el 60% y mide aproximadamente 47 cms y para los 2 años, el 75% y mide aproximadamente 49 cms, en la población estudiada demuestra que hay un riesgo alto ya que está a las justas con los parámetros indicados.

Gráfico N° 4. Distribución de pacientes según pruebas bioquímicas de hemoglobina.



Fuente: Encuestas

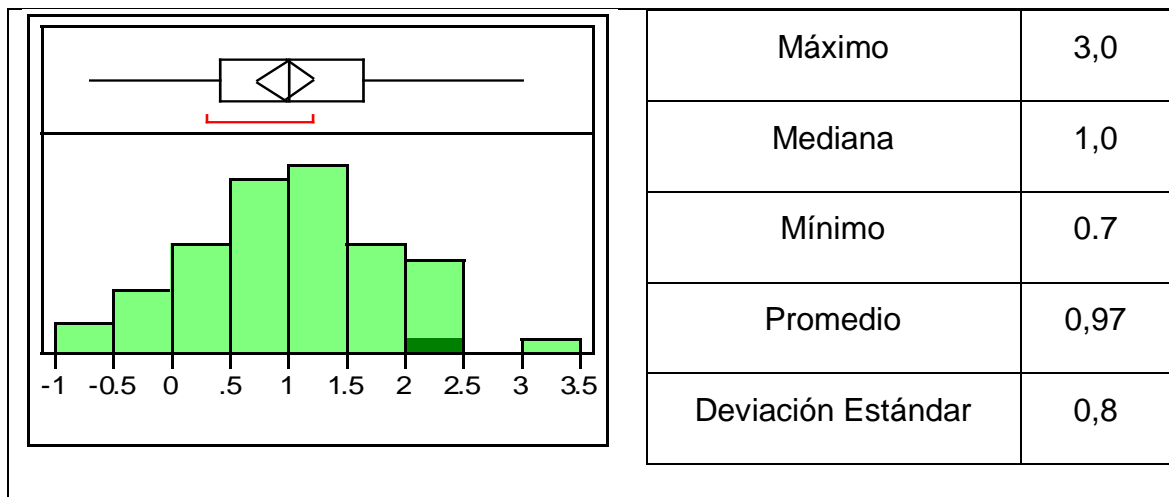
Elaborado por: Roberta Ati Miñarcaja

ANÁLISIS

En la distribución de los pacientes según el PRUEBAS BIOQUÍMICAS DE HEMOGLOBINA. Se encontró con una mínimo de 8.9 y un máximo de 12.4 siendo el promedio de 10,98 y la mediana de 10,9 y la distribución es asimétrica positiva debido a que el promedio es mayor a la mediana.

Aproximadamente, un 50 por ciento de los niños y niñas menores de 3 años padece anemia infantil, una enfermedad que generalmente se trata con una dieta adecuada. En el caso de los niños que padecen anemia esta alteración o deficiencia provoca bajo rendimiento intelectual, dificultades de aprendizaje, disminución en su desempeño cognitivo y, en consecuencia, fracaso escolar, lo cual de acuerdo a los análisis del estudio la mayoría de los niños y niñas tiene anemia ya que el riesgo es grande para su salud.

Gráfico N° 5. Distribución de pacientes según diferenciación de hemoglobina



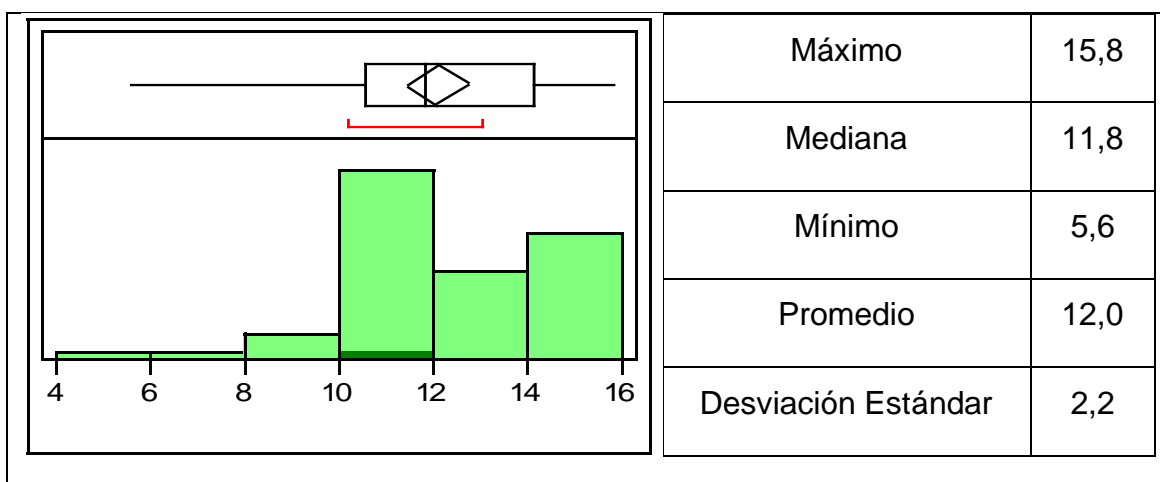
Fuente: Encuestas

Elaborado por: Roberta Ati Miñarcaja

ANÁLISIS

En la distribución de los pacientes según la diferenciación de hemoglobina, se encontró con un mínimo de 0.7 y un máximo de 3.0 siendo el promedio de 0.97 y la mediana de 1,0 y la distribución es asimétrica negativa debido a que el promedio es menor a la mediana.

Gráfico N° 6. Distribución de pacientes según percentil de IMC



Fuente: Encuestas

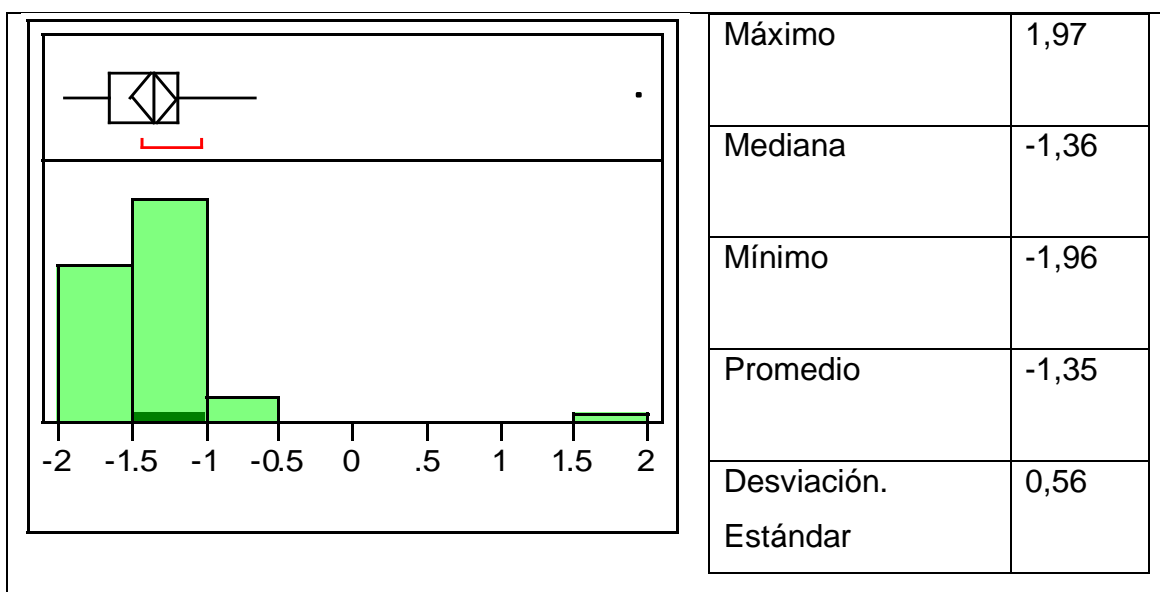
Elaborado por: Roberta Ati Miñarcaja

ANALISIS

En el estudio de los pacientes según el metabolismo basal, se encontró con un mínimo de 5.6 y un máximo de 15.8 siendo el promedio de 12.0 y la mediana de 11,8 y la distribución es asimétrica positiva debido a que el promedio es mayor a la mediana.

En el estudio aplicado se observa claramente un diagnostico positivo lo cual es favorable para la salud de los niños y niñas.

Gráfico N° 7. Distribución de pacientes según puntaje Z



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Roberta Ati Miñarcaja

ANALISIS

En el estudio de los pacientes según el puntaje z, se encontró con un mínimo de -1.9 y un máximo de 1.9 siendo el promedio de -1.3 y la mediana de -1.3 la distribución es asimétrica negativa debido a que el promedio es menor a la mediana.

Tabla N° 3. Variación en la prevalencia de antes y después de la intervención según consumo de complemento nutricional

VARIABLE	ANTES	PORCENTAJE
Complejo B	50	100%
Chizpas	50	100%

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Roberta Ati Miñarcaja

ANALISIS

La distribución de acuerdo al diagnóstico de CONSUMO DE COMPLEMENTO NUTRICIONAL se determinó que el 100% de los pacientes consumieron el complejo B y el 100% de los niños consumieron las chizpas lo cual le ayudo en la recuperación nutricional favorablemente.

Tabla N° 4. Variación en la prevalencia de antes y después de la intervención según el diagnóstico de anemia.

VARIABLE	ANTES	PORCENTAJE	DESPUES	PORCENTAJE
ANEMIA	29	58%	0	0%
ANEMIA NO	21	42%	50	100%

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Roberta Ati Miñarcaja

ANALISIS

La distribución de acuerdo al diagnóstico de ANEMIA. Se determinó que al principio se diagnosticó anemias al 58% de los niños y niñas, el 21% de los niños y niñas no tuvieron anemia, después de la intervención el 100% de los niños y niñas se recuperaron satisfactoriamente.

Tabla N° 5. Variación en la prevalencia de antes y después de la intervención con enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias agudas.

VARIABLE	ANTES	PORCENTAJE	DESPUES	PORCENTAJE
IRAS	39	78%	5	54%
EDAS	32	64%	2	46%

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Roberta Ati Miñarcaja

ANALISIS

La distribución de acuerdo al diagnóstico de ENFERMEDADES DEARREICAS AGUDAS, INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS. Al principio se determinó que el 78% de los niños y niñas tuvieron un diagnóstico de infecciones respiratorias agudas y el 64% enfermedades diarreica agudas, y después de la intervención se disminuyó al 5% de diagnóstico de infecciones respiratorias agudas y al 2% de enfermedades diarreicas agudas.

Tabla N° 6. Variación en la prevalencia de antes y después de la intervención según consumo de porción de desayuno

VARIABLE	ANTES	PORCENTAJE	DESPUES	PORCENTAJE
SI	27	54%	50	100%
NO	23	46%	0	0%
TOTAL	50	100%	50	100%

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Roberta Ati Miñarcaja

ANALISIS

La distribución de acuerdo al diagnóstico de CONSUMO DE PORCION DE DESAYUNO. Al principio se determinó que solo el 54% de los niños y niñas consumían el desayuno y el 46% de los niños no consumían el desayuno y después de la intervención 100% de niños y niñas consumían el desayuno.

Tabla N° 7. Variación en la prevalencia de antes y después de la intervención según consumo de porción de media mañana

VARIABLE	ANTES	PORCENTAJE	DESPUES	PORCENTAJE
SI	22	44%	45	90%
NO	28	56%	5	10%
TOTAL	50	100%	50	100%

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Roberta Ati Miñarcaja

ANALISIS

La distribución de acuerdo al diagnóstico CONSUMO DE PORCION DE MEDIA MAÑANA. Al principio se determinó que solo el 44% de los niños y niñas consumían la colación y el 56% de los niños no consumían la colación y después de la intervención el 90% de niños y niñas consumían la colación y el 10% no consumía en su totalidad.

Tabla N° 8. Variación en la prevalencia de antes y después de la intervención según consumo de porción de almuerzo

VARIABLE	ANTES	PORCENTAJE	DESPUES	PORCENTAJE
SI	43	86%	46	92%
NO	7	14%	4	8%
TOTAL	50	100%	50	100%

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Roberta Ati Miñarcaja

ANALISIS

La distribución de acuerdo al diagnóstico consumo de porción almuerzo. Al principio se determinó que solo el 86% de los niños y niñas consumían el almuerzo y el 14% de los niños no consumían en su totalidad el almuerzo y después de intervención el 92% de niños y niñas consumían el almuerzo y el 8% no consumía en su totalidad.

Tabla N° 9. Variación en la prevalencia de antes y después de la intervención según el consumo de porción de la tarde

VARIABLE	ANTES	PORCENTAJE	DESPUES	PORCENTAJE
SI	27	54%	50	100%
NO	23	46%	0	0%
TOTAL	50	100%	50	100%

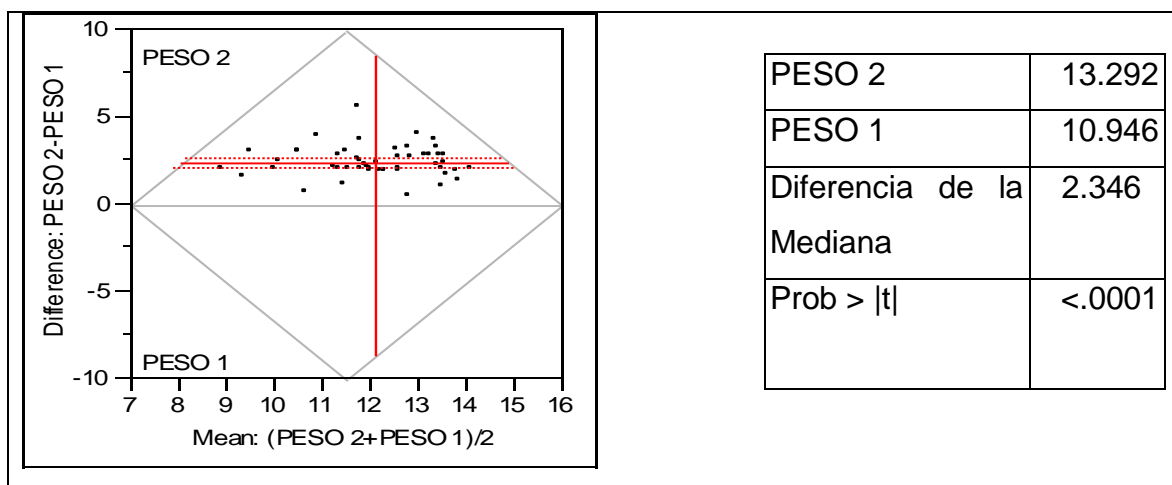
Fuente: Encuestas

Elaborado por: Roberta Ati Miñarcaja

ANALISIS

La distribución de acuerdo al diagnóstico de CONSUMO DE LA TARDE. Al principio se determinó que solo el 54% de los niños y niñas consumían la colación y el 46% de los niños no consumían en se encontró su totalidad y después de intervención el 100% de niños y niñas consumían la colación.

Gráfico N° 8. Análisis entre peso inicial y peso al final de la investigación



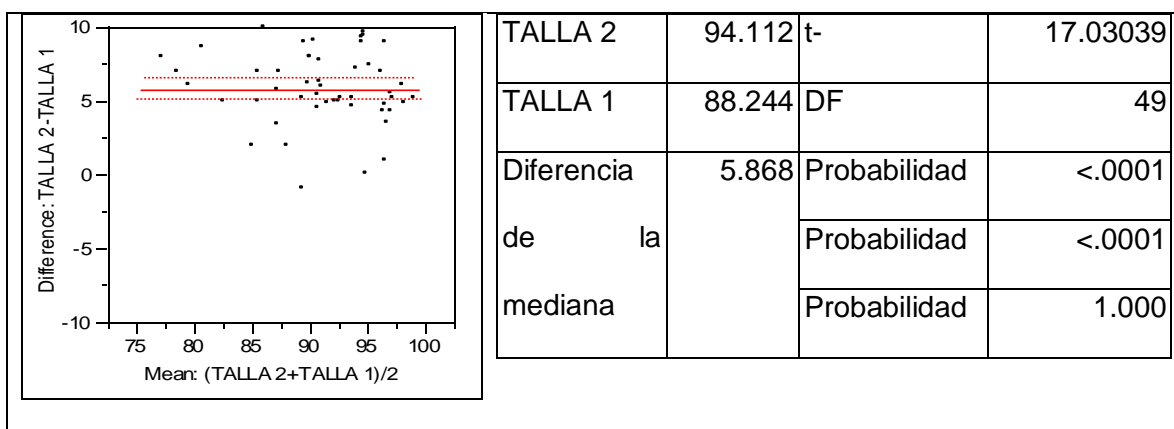
Fuente: Encuestas

Elaborado por: Roberta Ati Miñarcaja

ANALISIS

Al comparar entre peso inicial y el peso al final de la intervención entre los 2 hay diferencia de mediana 2.34 kilogramos la misma que son estadísticamente significativas, por cuanto la P de Esquer pareada fue de 0.05 por lo que se concluye que el programa fue positivo.

Gráfico N° 9. Análisis entre talla inicial y talla al final de la investigación



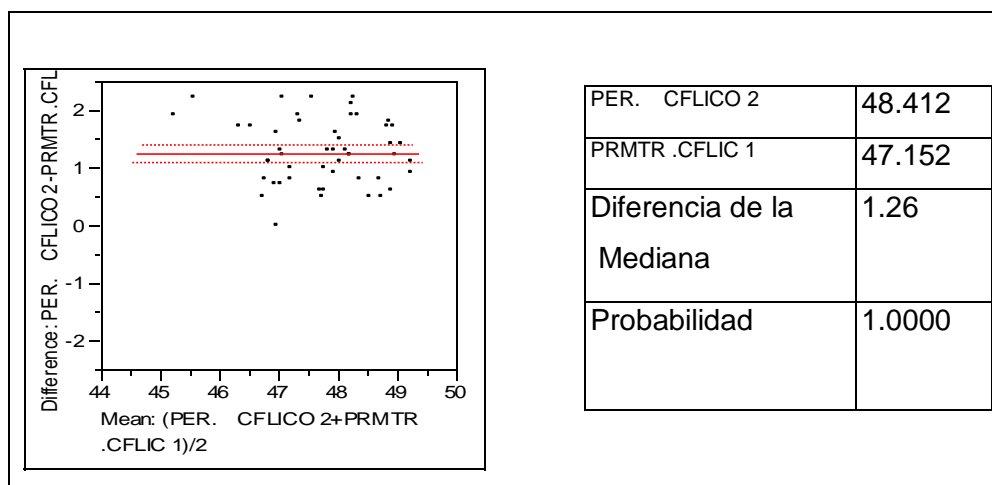
Fuente: Encuestas

Elaborado por: Roberta Ati Miñarcaja

ANALISIS

Al comparar talla inicial y la talla al final de la intervención entre los 2 hay diferencia de mediana de 5.86 centímetros las mismas que son estadísticamente significativas, por cuanto la P de Esquer pareada fue de 0.05 por lo que se concluye que el programa fue positivo.

Gráfico N° 10. Análisis entre perímetro cefálico inicial y perímetro cefálico al final de la investigación



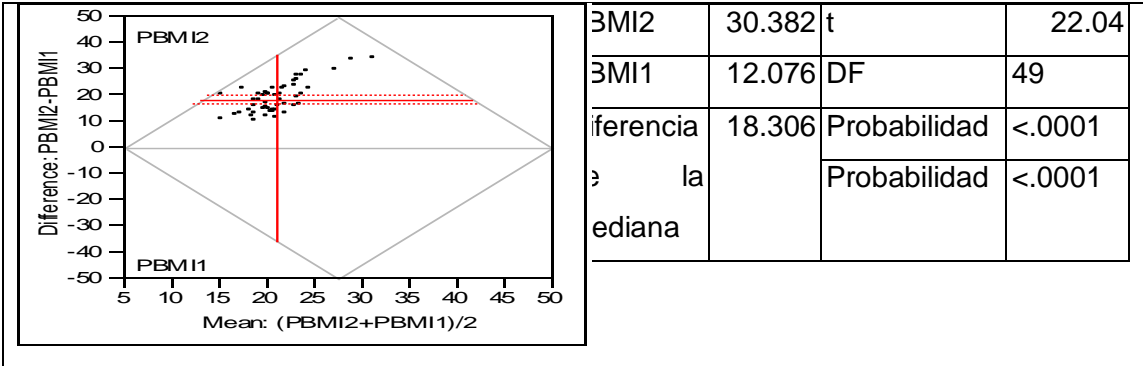
Fuente: Encuestas

Elaborado por: Roberta Ati Miñarcaja

ANALISIS

Al comparar el perímetro cefálico inicial y perímetro cefálico al final de la intervención entre los 2 hay diferencia de mediana 1.26 cm, las mismas que son estadísticamente significativas, por cuanto la P de Esquer pareada fue de 0.05 por lo que se concluye que el programa fue positivo.

Gráfico N° 11. Análisis entre PBMI inicial y PBMI al final de la investigación



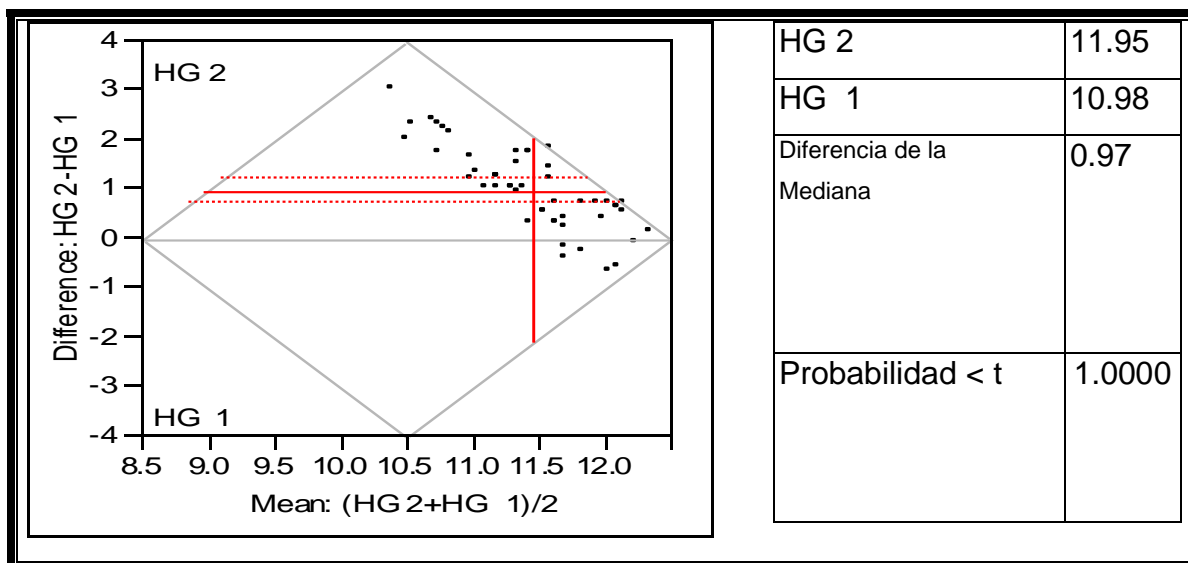
Fuente: Encuestas

Elaborado por: Roberta Ati Miñarcaja

ANALISIS

Al comparar entre PBMI inicial y PBMI al final de la intervención entre los 2 hay una diferencia de mediada 18.3 kg/cm, las mismas que son estadísticamente significativas, por cuanto la P de Esquer pareada fue de 0.05 por lo que se concluye que el programa fue positivo.

Gráfico N° 12. Análisis entre hemoglobina inicial y hemoglobina al final de la intervención.



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Roberta Ati Miñarcaja

ANALISIS

Al comparar entre hemoglobina inicial y hemoglobina al final entre los 2 hay diferencia de 0.97 (g/dL).las misma que son estadísticamente significativas, por cuanto la P de Esquer pareada fue de 0.05 por lo que se concluye que el programa fue positivo

Tabla N° 10. Distribución porcentual de estado nutricional según la clasificación de waterlow al inicio de la intervención

INDICADOR	LEVE	PORCENTAJE	MODERADA	PORCENTAJE
Peso /Talla	28	56 %	8	16 %
Talla/Edad	12	24%	2	4%
total	40	80 %	10	20%

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Roberta Ati Miñarcaja

ANALISIS

De acuerdo a la clasificación de waterlow la gran mayoría de los niños y niñas al principio de la intervención estaba con diagnóstico de desnutrición leve como el 80% y el 20% con desnutrición moderada.

Tabla N° 11. Distribución porcentual de estado nutricional según la clasificación de Waterlow al final de la intervención

INDICADOR	NORMAL	PORCENTAJE	LEVE	PORCENTAJE
Peso /Talla	42	84 %	0	0 %
Talla/Edad	6	12 %	2	4 %
total	48	96 %	2	4%

Elaborado por: Roberta Ati Miñarcaja

ANALISIS

De acuerdo a la clasificación de waterlow los niños niñas con desnutrición leve lograron superar a los rangos de la normalidad después de la intervención y los niños y niñas con desnutrición leve no logro superar la talla para su edad ya que este niño tuvo secuelas de desnutrición crónica, por lo tanto la talla es recuperación a largo tiempo.

VII. CONCLUSIONES

- El porcentaje de la distribución de los pacientes según el sexo, fueron participes en la investigación, fueron más de sexo femenino que del sexo masculino.
- En la distribución de los pacientes según el perímetro cefálico y el estudio aplicado, se observó que es positivamente satisfactorio ya que al final del estudio se encontraron dentro de los parámetros normales.
- En la distribución de los pacientes según pruebas bioquímicas de hemoglobina y el estudio fue un reto a superar lo cual fue positivamente satisfactorio.
- En el estudio de los pacientes según el puntaje z y la intervención podemos observar que se encontró asimétrica negativa debido a que el promedio es menor a la mediana.
- La distribución de acuerdo al consumo de complemento nutricional y la intervención y el uso adecuado se pudo observar los resultados favorables, para este logro debimos asegurar que el 100% de los pacientes consumieran todos los suplementos adecuadamente, mediante un registro de consumo diario. La distribución de acuerdo al diagnóstico de anemia y la intervención se determinó que al principio se diagnosticó 58% de los niños y niñas que padecían anemia gracias a este diagnóstico pudimos lograr la colaboración de los padres de familia y el personal de cuidados y proveedor de los alimentos.
- La distribución de acuerdo al diagnóstico de IRAS y EDAS al principio se determinó que el 78% de los niños y niñas tuvieron un diagnóstico de infecciones respiratorias agudas y el 64% enfermedades diarreicas agudas, lo cual se tuvo que capacitar al personal y a los padres de familia sobre la importancia de una alimentación adecuada e higiene alimentaria después de la

intervención se disminuyó al 5% de diagnóstico de infecciones respiratorias agudas y al 2% de enfermedades diarreicas agudas.

- La distribución del consumo de porción desayuno. al principio se determinó que solo el 54% de los niños y niñas consumían el desayuno en su totalidad de la porción servida 46% de los niños no consumían el desayuno debido al horario de la entrada que no cumplían los padres de familia y las golosinas que dejaba los padres se tuvo que aplicar los horarios de entrada correctos y prohibir determinadamente las golosinas y así el 100% de niños y niñas se servían el desayuno.
- El consumo de porción de media mañana. al principio se determinó que solo el 44% de los niños y niñas consumían la colación y el 56% de los niños no consumían la colación por la manera de servir se tuvo que implementar algunas técnicas de servir, después de la intervención el 90% de niños y niñas consumían la colación en su totalidad y el 10% no consumía en su totalidad.
- El consumo de porción de almuerzo. al principio se determinó que solo el 86% de los niños y niñas consumían el almuerzo y el 14% de los niños no consumían en su totalidad el almuerzo para lograr el objetivo se tuvo que cambiar las formas de presentación al momento de servirle con la intervención se logró 92% de niños y niñas consumían el almuerzo en su totalidad y el 8% no consumía en su totalidad.
- El consumo de la colación de la tarde. al principio se determinó que solo el 54% de los niños y niñas consumían la colación y el 46% de los niños no consumían en su totalidad ya que el horario de la siesta no era limitado y se tuvo que cambiar (despertar) 30 minutos antes de la colación y después de intervención el 100% de niños y niñas consumían la colación de la tarde.

- Al comparar entre peso inicial y el peso al final de la intervención hay una ganancia de peso estadísticamente significativo, por cuanto el programa tuvo un efecto positivo.
- Al comparar talla inicial y la talla al final de la intervención entre los 2 hay diferencia de estadísticamente significativas, por cuanto el programa tuvo efecto positivo.
- Al comparar el perímetro cefálico inicial y perímetro cefálico al final de la intervención se encontró los valores dentro de los parámetros normales que entre los 2 hay diferencia de 1.26 son estadísticamente significativas, lo que se concluye que el programa tuvo efecto positivo.
- Al comparar entre PBMI inicial y PBMI al final de la intervención se encontró una diferencia estadísticamente significativa.
- Al comparar entre hemoglobina inicial y hemoglobina al final se encontró dentro de los parámetros normales con una diferencia de 0.97 son estadísticamente significativas, por cuanto la P de scuer pareada fue de 0.05 por lo que se concluye que el programa tuvo positivo

VIII. RECOMENDACIONES

- Se recomienda trabajar en equipo de manera sistemáticamente ya que se requiere el esfuerzo del personal de salud y el personal de atención de los centros infantiles, y la colaboración de los proveedores y el personal de servicios de alimentación
- Capacitación sobre la importancia de una alimentación adecuada, equilibrada, variada al personal de atención de los centros infantiles y a los padres de familias de los niños nuevos.
- Al momento de comprar o adquirir los alimentos hay que tener una serie de cuidados estos son: prestar atención a las condiciones de higiene del establecimiento en donde se va a realizar la compra del alimento y cómo se manipulan los alimentos. Los alimentos frescos, como lácteos, carnes, etc., deben estar refrigerados. Lo más conveniente es adquirirlos justo antes de finalizar la compra.
- Las personas responsables del servicio de alimentación, deben contar con permisos de funcionamiento y el carnet de manipulación de los alimentos, para laborar en el Centro Infantil del Buen Vivir.
- Es importante utilizar instrumentos (cucharones, cucharas o tenedores, platos o bandejas adecuadas e individuales) al momento de manipular o servir los alimentos a los niños.
- Los encargados de los CIBV deben Capacitar al personal del servicio de alimentación en temas como: manipulación de los alimentos, eliminación de desechos, Inocuidad de alimentos: productos, procesos y servicios ya que todo esto es necesario para el Crecimiento y Desarrollo adecuado de los niños que acuden al CIBV.

IX. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Andrade Saeteros, L. Lascano Ortiz, B. Propuesta de un Diseño Organizacional para el Servicio de Alimentación de las Guarderías Municipales de la Ciudad de Loja, 1999. Tesis: Doctora en Nutrición y Dietética. Riobamba: ESPOCH. 2000
2. Ageitos, M. L. Ballesteros, I. et. al. Lineamientos para la alimentación del niño menor de dos años. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.1997
3. Argentina: Ministerio de Salud. Guía Operativa 2010: Orientación para la Evaluación del crecimiento Buenos Aires: Dirección General Adjunta de Programas Centrales Programa Nutricional 2010 [en línea] <http://www.fmed.uba.ar> 2015-01-29
2. Argentina: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Guías Alimentarias para Población Infantil: Consideraciones para los equipos De salud. Buenos Aires: MSAN 2004 [en línea] <http://www.msal.gov.ar/htm/>2015-01-29
5. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación. Prevención de la anemia en niños y embarazadas en la Argentina. Actualización para equipos de Salud, 2001. [en línea] <http://www.msal.gov.ar/htm/> 2015-01-29
6. Argentina: Ministerio de Educación. Prestaciones alimentarias (desayuno, almuerzo, refrigerios) en todos los niveles y áreas educativas (formales y no-formal) Buenos Aires: UNICEF.2009. [en línea] <http://www.msal.gov.ar/htm/>2015-01-29
7. Calvo E.; Longo E. et.al. Prevención de Anemia en niños y embarazadas en la Argentina, Actualización para Equipos de Salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. 2001. [en línea] <http://www.msal.gov.ar/htm/> 2015-01-29

8. Cedeño de López, A. La Niña Indígena y el Adolescente Urbano: Entre riesgos y Oportunidades, una agenda para la acción Panamá UNICEF 2011 [en línea]
<http://www.unicef.org/pa><http://www.unicef.org/panama> 2015-01-29
9. De Onis, M. Garza, C. Victora, C.G. Maharaj K. Bhan, M. K. Norum R., K. El Estudio Metacéntrico de la OMS sobre el Patrón de Crecimiento (MGRS): Justificación, Planificación, y Aplicación. Food and Nutrition Bulletin 2004; Vol. 25. [en línea]
<http://www.who.int/childgrowth/publications/fnu> 2015-01-29
10. Dupraz, S. Guía Operativa 2010: Orientación para la evaluación del crecimiento: apoyo alimentario a las familias en situación de vulnerabilidad social se canaliza a través de programas dependientes de distintos Ministerios. Buenos Aires: Ministerio de Salud [en línea]
www.salud.buenosaires.gob.ar 2015-01-29
11. González, E. Tarman, G. Hobbs, B. Informe de Políticas Generación Nutrición: Estimaciones Conjuntas de Malnutrición Infantil - Niveles y Tendencias. Revista Generation Nutrition Actúa para que ningún niño Muera por Desnutrición Aguda. Ginebra: UNICEF-OMS, 2014 [en línea]
<http://www.fao.org/americas/noticias/ver/es/c/230504/> 2015-01-29
12. Freedman, D.S. Serdula, M.H. Srinivasan, S.R. Berenson, G.S. Relación de la circunferencia y los pliegues cutáneos espesores de las Concentraciones de lípidos y la insulina en niños y adolescentes. Bogalusa Heart Study. Am J Clin Nutr. 1999; 69(2) [en línea]
<https://www.google.com.ec/search> 2015-01-29
13. Mantilla Uribe, B. P. Manual para su aplicación en Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia en el Marco de los Derechos Instituto de Programas Interdisciplinarios en Atención Primaria en Salud, Universidad Industrial de Santander: PROINAPSA/UNICEF 2005 [en línea]
<http://www.unicef.org/colombia/pdf/IAMI-1.pdf> 2015-01-29
14. Onís de, M. Onyango, A. W. Borghi, E. Siyam, A. Nashida, Ch. Siekmanna, J. Elaboración de un patrón de crecimiento de escolares y

- adolescentes. Washington: OMS. 2005 [en línea]
<http://www.who.int/growthref/2015-01-29>
15. Organización Mundial de la Salud. Manual sobre las Cinco Claves para la Inocuidad de los Alimentos Washington: OPS 2007 [en línea]
<http://www.who.int/foodsafety/2015-01-29>
16. Organización Mundial de la Salud. Patrones de crecimiento del Niño de la OMS: Curso de capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño. Washington: OPS. 2008 [en línea]
<http://new.paho.org/hq/index.php> 2015-01-29
17. Organización Mundial de la Salud. Medición del efecto nutricional de Programas de suplementación alimentaria a grupos vulnerables. Ginebra: OPS. 1980. [en línea]
http://www.unicef.org/panama/spanish/estudio_lactancia-web.pdf 2015-01-29
18. OPS CESNI. La alimentación del niño menor de 6 años en América Latina. Bases para el desarrollo de Guías Alimentarias. Caracas: Fundación CAVENDES. 1994 [en línea]
<http://new.paho.org/hq/index.php> 2015-01-29
19. Pajuelo, J. Canchari, E, Carrera, J. Leguía, D. La circunferencia de la cintura en niños con sobrepeso y obesidad Anales de la Facultad de Medicina Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2004 [en línea]
<http://sisbib.unmsm.edu.pe/BvRevistas/Anales> 2015-01-29
20. Piaggio, L. Guía Operativa 2010: Orientación para la Evaluación del Crecimiento. Ginebra: OPS. 1980. [en línea]
<http://www.unicef.org/panama/spanish> 2015-01-29
21. Pizarro Q, T. Rodríguez O, L. Atalah, E. Diagnóstico de ingreso y evolución nutricional de los beneficiarios de la Corporación para la Nutrición Infantil (CONIN) Rev Méd Chile 2003
<http://www.conin.cl/conin/> 2015-01-29
22. Rivera, G. Estado Nutricional de Niños y Niñas Menores de Cinco Años:

Encuesta de Niveles de Vida, 2008 República de Panamá: UNICEF.
2009 [en línea]

http://www.unicef.org/panama/spanish/estudio_lactancia-web.pdf2015-

01-29

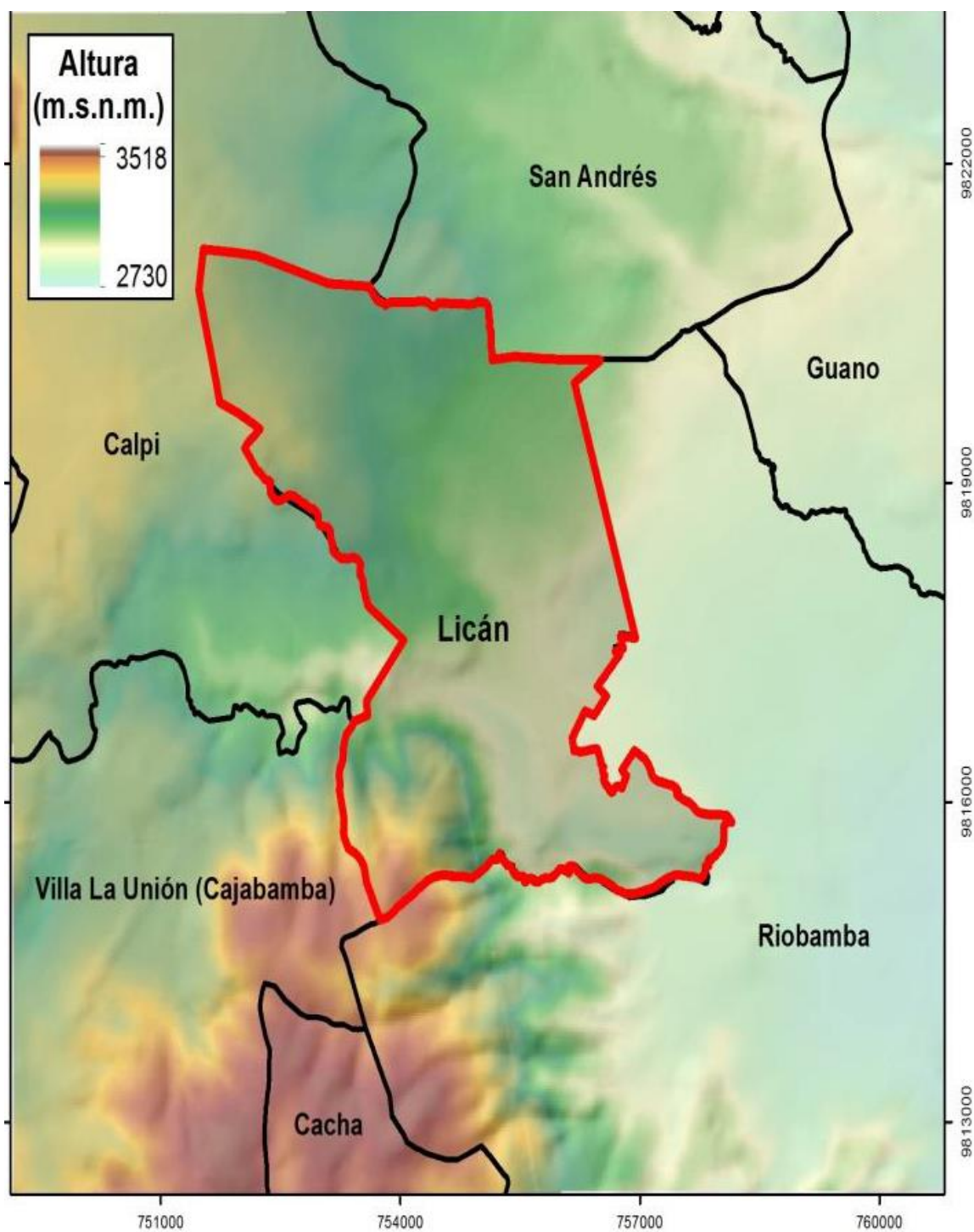
23. Rodríguez Díaz, F. E. González de Borace, R. Cedeño de López, A.
Relación costo beneficio de las intervenciones de promoción sobre
lactancia materna Vs laboratorios de fórmulas lácteas: Conocimientos,
actitudes y prácticas del personal multidisciplinario de salud y la
promoción realizada a las madres con respecto a la lactancia materna
en dos maternidades. Panamá: UNICEF. 2006 [en línea]
[http://www.unicef.org/pa](http://www.unicef.org/pahttp://www.unicef.org/panama/)<http://www.unicef.org/panama/>2015-01-29
24. Sinisterra, O. Valdés, V. Hertrampf, E. Situación de Deficiencia de Hierro y
Anemia. Panamá: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNICEF 2006 [en línea]
<http://www.unicef.org/panama/spanish/Hierro.pdf>2015-01-29
25. UNICEF Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Niñas y Niños
en un Mundo Urbano. Revista Estado Mundial de la Infancia.
Washington: UNICEF 2012 [en línea]
<http://www.unicef.org> 2015-01-29

Concepto de patología Leer más:

<http://www.monografias.com/trabajos72/infecciones-respiratorias-agudas-ninos/infecciones-respiratorias-agudas-ninos2.shtml#ixzz3sBAP6qhS>

X. ANEXOS

Anexo N° 1. Mapa de parroquia Licán y ubicación de los CIBV



Anexo N° 2. Solicitud, Presidente de la junta parroquial

Riobamba, 6 de Diciembre de 2014

Sr.

Pedro Brito Benalcázar

PRESIDENTE DE LA JUNTA PARROQUIAL

Presente.-

De nuestras consideraciones:

Reciba un atento y cordial saludo, por la presente solicitamos muy comedidamente se sirva autorizar el desarrollo de la Investigación titulada “ESTUDIO DE LA RECUPERACIÓN NUTRICIONAL LEVE Y MODERADA EN RELACIÓN A LAS TERAPIAS NUTRICIONALES IMPLEMENTADAS EN LOS CIBVS PERTENECIENTES AL JUNTA PARROQUIAL DE LICAN. 2014-2015”, como trabajo investigativo para obtener el Título de Nutricionista-Dietista en la Escuela de Nutrición y Dietética de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

Los objetivos específicos de esta investigación son:

1. Identificar las características generales de la población
2. Determinar el estado nutricional de los niños mediante evaluación antropométricas específicas
3. Identificar la ingesta alimentaria implementada según la asistencia al CIBV.
4. Valorar el impacto de las terapias nutricionales.

Por la autorización y colaboración para la realización de este trabajo que contribuirá notablemente al mejoramiento de la atención alimentaria infantil en estos CIBV, nos suscribimos de usted.

Atentamente

Egresada Roberta Ati M.

Anexo N° 3. Solicitud, Proveedora

Riobamba, 8 de Diciembre del 2014

Sra.

Fanny Rosa Donoso Parra

PROVEEDORA

PRESENTE.

De mi consideración:

Luego de expresar un atento y cordial saludo, me dirijo a usted para solicitar la colaboración con los alimentos para el estudio de la recuperación nutricional con los niños y niñas con diagnóstico de desnutrición leve y moderada las cuales serán enviados junto con la lista de pedidos de los alimentos y la guía de compras semana a semana ya que usted es parte fundamental en este proyecto en beneficio de los niños y niñas.

Por la gentil atención, anticipamos nuestro agradecimiento.

Atentamente,

.....
Roberta Ati Miñarcaja
TESISTA

.....
Sra Fanny Rosa Donoso Parra
PROBEEDORA

Anexo N° 4. Solicitud, Encargado de centros infantiles

Riobamba, 6 de Diciembre de 2014

Lcd. Juan Guevara

Encargado de centros infantiles pertenecientes a la Junta Parroquial de Licán

Presente.-

De nuestras consideraciones:

Reciba un atento y cordial saludo, por la presente solicitamos muy comedidamente se sirva autorizar el desarrollo de la Investigación titulada “ESTUDIO DE LA RECUPERACIÓN NUTRICIONAL LEVE Y MODERADA EN RELACIÓN A LAS TERAPIAS NUTRICIONALES IMPLEMENTADAS EN LOS CIBVS PERTENECIENTES AL JUNTA PARROQUIAL DE LICAN. 2014 - 2015”, como trabajo investigativo para obtener el Título de Nutricionista-Dietista en la Escuela de Nutrición y Dietética de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

Los objetivos específicos de esta investigación son:

1. Identificar las características generales de la población
2. Determinar el estado nutricional de los niños mediante evaluación antropométricas específicas
3. Identificar la ingesta alimentaria implementada según la asistencia al CIBV.
4. Valorar el impacto de las terapias nutricionales.

Por la autorización y colaboración para la realización de este trabajo que contribuirá notablemente al mejoramiento de la atención alimentaria infantil en estos CIBV, nos suscribimos de usted.

Atentamente:

Egresada Roberta Ati M.

TESISTA

Anexo N° 5. Encuesta

ENCUESTA DE PARTE 1 PARA RESPONSABLES DE CUIDADO DEL NIÑO O NIÑA, SOBRE EL ESTUDIO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL DE LA DESNUTRICION LEVE Y MODERADA EN RELACIÓN A LAS TERAPIAS NUTRICIONALES IMPLEMENTADAS EN LOS CIBVS PERTENECIENTES A LA JUNTA PARROQUIAL DE LICAN. 2014 - 2015

N°	NOMBRES Y APELLIDOS		
	FECHA DE NACIMIENTO...../...../...../ PESO.....Kg TALLA.....cm PERIMETRO CEFALICO.....cm SEXO.....		
	PREGUNTAS	SI	NO
	LA NIÑA O NIÑO SE DESPARACITO?		
	CONSUMIO TODA LAS DOSIS ADECUADAS DE CHISPAS?		
	EN ESTE PERIODO CONSUMIO COMPLEJO B?		
	EN ESTOS ULTIMOS TRES MESES TUVO ANEMIA?		
	EMOGLOBINA?		
	EN ESTOS ULTIMOS DIAS PADECIO DE UNA DIARREA?		
	EN ESTOS DIAS PADECIO DE GRIPE Y TOS ?		
	CONSUMIO TODA LAS DOSIS ADECUADAS DE CHISPAS?		
	CONSUMIO COMPLEJO B TODO?		
	LA NIÑA O NIÑO COME TODA LA PORCION DEL DESAYUNO?		
	LA NIÑA O NIÑO COME TODA LA PORCION DE COLACION DE MEDIA MAÑANA?		
	LA NIÑA O NIÑO COME TODA LA PORCION DE ALMUERZO?		
	LA NIÑA O NIÑO COME TODA LA PORCION DE COLACION DE LA TARDE?		

RESPONSABLE

.....

ROBERTA ATI M.

Anexo N° 6. Acta de consentimiento:

ACTA DE CONSENTIMIENTO:

Riobamba 12 de Mayo del 2014

Yo, Georgina Guamán Cuvi, con cedula de identidad apoderado del niño(a N° 060485596-2, de nacionalidad Ecuatoriana representante legal, con domicilio en Barrio Lacta Pura, Consiento en participar en la investigación denominada: “ESTUDIO DE LA RECUPERACIÓN NUTRICIONAL LEVE Y MODERADA EN RELACIÓN A LAS TERAPIAS NUTRICIONALES IMPLEMENTADAS EN LOS CIBVS PERTENECIENTES AL JUNTA PARROQUIAL DE LICAN. 2013”, y autorizo a la señora Roberta Ati Miñarcaja, investigadora responsable del proyecto y/o a quienes éste designe como sus colaboradores directos y cuya identidad consta al pie del presente documento, para realizar el (los) procedimiento (s) requerido (s) por el proyecto de investigación descrito

Nombre del Apoderado

.....

Nombre Investigador

.....

firma

.....

Firma

.....

Anexo N° 7. Registro del consumo diario del suplemento de micronutrientes "CHIS PAZ" - CIBV

SUBSECRETARIA DE DESARROLLO INFANTIL INTEGRAL - PROYECTO ALIMENTARIO NUTRICIONAL INTEGRAL PANI

REGISTRO DEL CONSUMO DIARIO DEL SUPLEMENTO DE MICRONUTRIENTES "CHIS PAZ" - CIBV

COORDINACIÓN ZONAL3.....

PROVINCIA: CHIMBORAZO

DISTRITO: RIOBAMBA - CHAMBO

CANTÓN: CHAMBO

LOCALIDAD: COMUNIDAD AINCHE

COORDINADOR/A CIBV :

UNIDAD DE ATENCIÓN: "

COBERTURA (mayores de 6 meses) 15

CONSUMO ENERO 2015																																					
NRO.	NOMBRES Y APELLIDOS	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	cons.	OBSERVACIONES			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	2	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	mensual	CONSUMO NN			
1						x	x	x	x	x			x	x	x	x	x			x	x	x	x	X			x	x	x	x	x	19					
2						x	x	x	x	x			x	x	x	x	x			x	x	x	x	X			x	x	x	x	x	19					
3						x	x	x	x	x			x	x	x	x	x			x	x	x	x	X			x	x	x	x	x	19					
4						x	x	x	x	x			x	x	x	x	x			x	x	x	x	X			x	x	x	x	x	19					
5						x	x	x	x	x			x	x	x	x	x			x	x	x	x	X			x	x	x	x	x	19					
6						x	x	x	x	x			x	x	x	x	x			x	x	x	x	X			x	x	x	x	x	19					
7						x	x	x	x	x			x	x	x	x	x			x	x	x	x	X			x	x	x	x	x	19					
8						x	x	x	x	x			x	x	x	x	x			x	x	x	x	X			x	x	x	x	x	19					
9						x	x	x	x	x			x	x	x	x	x			x	x	x	x	X			x	x	x	x	x	19					
10						x	x	x	x	x			x	x	x	x	x			x	x	x	x	X			x	x	x	x	x	19					
11						x	x	x	x	x			x	x	x	x	x			x	x	x	x	X			x	x	x	x	x	19					
12						x	x	x	x	x			x	x	x	x	x			x	x	x	x	X			x	x	x	x	x	19					
13						x	x	x	x	x			x	x	x	x	x			x	x	x	x	X			x	x	x	x	x	19					
14						x	x	x	x	x			x	x	x	x	x			x	x	x	x	X			x	x	x	x	x	19					
15						x	x	x	x	x			x	x	x	x	x			x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	19					
TOTAL DEL CONSUMO MENSUAL:																															9 (15 sobres consumidos)						

Anexo N° 8. Guía de porciones de alimentos según el tipo de preparación para niño-niña menores de 5 años

**MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL
COMPONENTE ALIMENTARIO NUTRICIONAL**

**GUIA DE PORCIONES DE ALIMENTOS SEGÚN EL TIPO DE PREPARACIÓN
POR NIÑO-NIÑA MENORES DE 5 AÑOS**

GRUPOS DE ALIMENTOS	ALIMENTO	ALIMENTO SEGÚN TIPO DE PREPARACIÓN	CANTIDAD DE ALIMENTO POR NIÑO/NIÑA SEGÚN LA PREPARACIÓN en gra/ cc	UNIDAD DE MEDIDA Y/O COMPRA	COBERTURA DE NIÑOS-NIÑAS POR UNIDAD DE COMPRA Y TIPO DE PREPARACIÓN (un litro o libra para cuantos niños-niñas alcanza)	N° DE NIÑOS Y NIÑAS EN TOTAL	LISTA DE COMPRAS	UNIDAD
LACTEOS	Leche entera	leche con chocolate o leche sola	200	litro	5	150	115	litro
		batido	150	litro	6	150		litro
		colada	150	litro	6	150		litro
		sopa y/o puré	30	litro	33	150		litro
	Leche en polvo	sola o con chocolate	30	libra	15	150		libra
	Yogurt	solo	200	litro	5	150	30	litro
	Queso	sanduche	30	libra	15	150		libra
		acompañado de segundo plato	45	libra	10	150		libra
		tortillas, empanadas	10	libra	45	150		libra
	Queso de comida/quesillo	sopas y guisos	10	libra	45	150	16	libra
HUEVOS	Huevos	tibio, duro, frito y tortilla	50	unidad	1	150	200	unidad
		ensalada/espumilla	15	unidad	3	150		unidad
		masas	5	unidad	12	150		unidad
CARNES	Carne de res pura	bistec, seco, jugo	75	libra	6	150	23	libra
		sopas y guisos	45	libra	10	150	30	libra
		frita, plancha, asada	75	libra	6	150		libra
	Carne de borrego y/o chivo	jugo, seco, bistec	80	libra	6	150		libra
		sopa, guiso	45	libra	10	150		libra
		asada, a la plancha/horno	80	libra	6	150		libra
		fritada	90	libra	5	150		libra
	chancho pura	sopa, guiso	45	libra	10	150		libra
	Pollo	seco, jugo, bistec	90	libra	5	150	10	unidad
		sopa/relleno/ceviche	75	libra	6	150	25	libra
	Hígado de res	bistec, frito, apanado	75	libra	6	150	25	libra
	cuero de chancho	sopa/ceviche/acompañado	75	libra	6	150	23	libra
	pata de res	caldo	45	libra	10	150		libra

	Librillo	guatita	75	libra	6	150		libra
	Pescado	frito, apanado	90	libra	5	150		libra
		sopa, cebiche	75	libra	6	150		libra
	mariscos	ceviches/acompañados	75	libra	6	150		libra
GRANOS SECOS	fréjol /arveja	menestras	20	libra	22	150		libra
	frejol/arveja	sopas	10			150		
	lenteja, garbanzo,	sopas y guisos	20	libra	22	150		libra
	habas	ensalada combinada	20	libra	22	150		libra
	chochos	ensalada	20	libra	22	150		libra
	maní	aderezo	5	libra	90	150		libra
	Habichuela	menestra	20	libra	22	150		libra
	harinas de leguminosas							
		sopas cremas	15	libra	30	150		libra
	GRANOS TIERNOS	Arveja	menestras	30	libra	15	150	
sopas y guisos			20	libra	22	150		libra
ensalada sola			40	libra	12	150		libra
ensalada combinada			20	libra	22	150	10	libra
choclo		ensalada combinada	20	libra	22	150	12	libra
CEREALES Y DERIVADOS		arroz	segundo fuerte	50	libra	9	150	
	sopa		20	libra	22	150		libra
	arrocillo	con leche	20	libra	22	150		libra
	arroz de cebada	sopa o con leche	20	libra	22	150		libra
		avena	sopa	10	libra	45	150	14
		con leche o fruta	15	libra	30	150		libra
	maíz mote	plato fuerte o guisado	50	libra	7	150		libra
		sopa	30	libra	15	150		libra
	maíz blanco duro							
		tostado	40	libra	12	150		libra
	morocho	sopa o leche	20	libra	22	150		libra
	canguil	acompañando a sopa	10	libra	45	150		libra
	quinua	sopa/colada/en leche	20	libra	22	150		libra
	fideo	sopa	20	libra	22	150		libra
		Ensalada o en Tortillas	10	libra	45	150		libra
	fideo tallarín	plato fuerte	40	libra	12	150		libra
	harinas cereales describir todas							
		sopas o coladas	15	libra	30	150		libra
	Machica	colada	15	libra	30	150		libra
	Maicena		15	libras	30			libras
	cauca		20	libras			6	libras
	sémola		20	libras				libras
harina de maíz		20	libras				libras	
harina de trigo	colada	15	libras	30			libras	

	harina de quinua						4	
	harina de flor	masas	35	libra	13	150	15	libra
	pan	desayuno	50	unidad pequeña	1	150		unidad pequeña
TUBÉRCULOS Y RAÍCES	papas	sopa en general	70	libra	6	150	150	libra
		locro con verduras	120	libra	4	150		libra
		ensalada	40	libra	10	150		libra
		puré, tortillas, enteras	120	libra	4	150		libra
	mellocos	sopas y guisos	60	libra	7	150	20	libra
		ensalada acompañada	30	libra	15	150	20	libra
		ensalada sola	40	libra	12	150		libra
	yuca	plato fuerte	120	libra	4	150		libra
		sopas guisos	70	libra	6	150	25	libra
		tortillas, puré/torta	120	libra	4	150		libra
	camote	plato fuerte	120	libra	4	150		libra
		pastelitos,	80	libra	6	150		libra
		guiso	70	libra	6	150		libra
	zanahoria blanca	puré, enteras/tortillas	120	libra	4	150		libra
PLATANOS	plátano verde	chifles, molo, bolones/empañadas, patacones/majado/bolas	80	unidad grande	3	150	40	unidad grande
		sopa/sancocho/colada	40	unidad grande	6	150	15	unidad grande
	plátano maduro	plátano cocinado/pastelitos/torta	80	unidad grande	3	150		unidad grande
		frito/colada	40	unidad grande	6	150	30	unidad grande
	guineo verde			unidad pequeña				unidad pequeña
		sopa	50	unidad pequeña	1	150		unidad pequeña
AZÚCARES	azúcar	coladas, jugos	10	libra	45	150		libra
	panela	coladas	20	unidad de 1 libra	22	150		unidad de 1 libra
	chocolate en polvo	con leche	5	libra	91	150	2	libra
GRASAS	aceite	sopas	3	litro	200	150		litro
		arroz seco	5	litro	333	150		litro
		ensaladas	2	litro	500	150		litro
		fritos	10	litro	100	150		litro
		mayonesa casera	10	litro	100	150		litro
	mantequilla	acompañado al pan	5	libra	90	150	3	libra
VERDURAS Y HORTALIZAS	espinaca	sopas-locro	20	atado grande	20	150	4	atado grande
	acelga	sopa	20	atado grande	20			atado grande
		tortilla, guiso	10	atado grande	40	150		atado grande
	col verde	sopas y ensalada	20	unidad grande	30	150	2	unidad grande
				unidad mediana	30	150		unidad mediana
	col morada	ensalada	20	unidad mediana	30	150		unidad mediana

	lechuga	ensalada sola	40	unidad grande	15	150	5	unidad grande
		ensalada acompañada	20	unidad grande	30	150		unidad grande
	pimiento	en seco, guiso, estofado	10	unidad grande	10	150	40	unidad grande
		ensalada	10	unidad grande	10	150		unidad grande
	tomate riñón	en seco, guiso, estofado, bistec	20	libra	22	150		libra
		ensalada sola o crema	40	libra	11	150		libra
		ensalada acompañada	20	libra	22	150	15	libra
	zanahoria amarilla	sopas	10	libra	22	150	33	libra
		ensalada sola	40	libra	11	150		libra
		ensalada acompañada	20	libra	22	150		libra
		jugo con fruta	30	libra	15	150		libra
	remolacha	ensalada sola/jugo	40	libra	11	150		libra
		ensalada acompañada	20	libra	22	150		libra
	vainitas	sopas y guisos	20	libra	15	150		libra
		ensalada sola	40	libra	11	150		libra
		ensalada acompañada	20	libra	22	150	10	libra
	cebolla colorada	guisos, bistec, estofado	20	libra	22	150		libra
		ensaladas/curtidos/ceviches	40	libra	11	150		libra
	aguacate	ensalada sola	60	unidad grande	4	150		unidad grande
		ensalada acompañada	30	unidad grande	8	150	15	unidad grande
	brócoli	sopas y guisos	20	unidad grande	30	150		unidad grande
		ensalada acompañada	20	unidad grande	30	150		unidad grande
		ensalada sola	40	unidad grande	15	150		unidad grande
		ensalada acompañado	40	unidad grande	15	150		unidad grande
	coliflor							
	rábano	ensalada sola	40	atado grande	20	150		atado grande
		ensalada acompañada	20	atado grande	10	150		atado grande
	zapallo, zambo	sopas y/o coladas	40	unidad mediana	30	150		unidad mediana
	pepinillo	ensalada sola	40	unidad grande	5	150		unidad grande
	cebolla blanca	refrito	5	atado pequeño	50	150	5	atado pequeño
	hierbas	alinio natural	5	atado pequeño	50	150	4	atado pequeño
	suquini	sopa/suquini	20	unidad grande	10	150		unidad grande
	papanabo	sopa-ensalada	20	atado	22	150		atado
	achogcha	sopa/guisos	20	unidad grande	5	150		unidad grande
	perejil	sopas,	5	atado	50	150		atado

		guisos, ensaladas		pequeño				pequeño
	oregano	sopas, guisos, ensaladas	2	atado pequeño	50	150		atado pequeño
	apio	sopas, guisos, ensaladas	2	atado pequeño	50	150		atado pequeño
	ajo	alinio natural	5	libra	90	150		libra
	guineo	refrigerio		unidad mediana				
FRUTAS	orito	refrigerio y/o batido	re	unidad mediana	1	150	155	unidad mediana
	limón	ensaladas	2	unidad pequeña	10	150		unidad pequeña
		limonada	30	unidad mediana	2	150		unidad mediana
	naranjas	refrigerio	80	unidad mediana	1	150	60	unidad mediana
		jugo	160	unidad mediana	2	150		unidad mediana
	mandarin a	refrigerio	80	unidad mediana	1	150	155	unidad mediana
	naranjilla	jugo/batido	60	unidad mediana	1	150		unidad mediana
		colada	20	unidad mediana	3	150		unidad mediana
	guayaba	jugo y/o batido	60	unidad grande	1	150	30	unidad grande
		colada/espum illa	20	unidad grande	3	150		unidad grande
	tomate árbol	jugo/ batido/almibar	60	unidad mediano	1	150	130	unidad mediano
		coladas	20	unidad grande	3	150		unidad grande
	mora	jugo y/o batido	60	libra	7	150		libra
		colada	20	libra	22	150		libra
	melón	jugo	60	unidad grande	15	150		unidad grande
	sandía	refrigerio	100	unidad grande	20	150		unidad grande
	guanaban a	jugo/batido	60	unidad grande	15	150		unidad grande
	papaya	refrigerio	100	unidad grande	20	150		unidad grande
		jugo/batido	60	unidad grande	30	150		unidad grande
	piña	refrigerio	80	unidad grande	15	150		unidad grande
		jugo	60	unidad grande	20	150	9	unidad grande
	babaco	jugo/batido/al mibar	60	unidad grande	10	150	15	unidad grande
	manzana	refrigerio	80	unidad mediana	1	150	155	unidad mediana
		coladas/ensal ada	40	unidad mediana	2	150		unidad mediana
	taxo	jugo/batido	60	unidad grande	1	150		unidad grande
	uvas	refrigerio/ens alada	60	libra	7	150	20	Libra
	maracuya	jugo/batido	60	unidad	1	150	15	Unidad
		colada	20	unidad	3	150		Unidad

	frutillas	refrigerio/batido	60	libra	7	150	Libra
	granadilla	refrigerio	60	unidad	1	150	Unidad
	tuna	refrigerio	60	unidad	1	150	Unidad
	penino dulce	refrigerio	80	unidad	1	150	Unidad
	durazno	refrigerio/almi bar	80	unidad mediana	1	150	unidad mediana
	zapote	refrigerio	80	unidad pequeña	2	150	unidad pequeña
	ciruelas	refrigerio	60	3 unidades medianas	1	150	3 unidades medianas
	kiwi	refrigerio	60	unidad mediana	1	150	unidad mediana
	badea	jugo	80	unidad grande	10	150	unidad grande
	araza	batido/jugo	40	unidad mediana	3 personas	150	unidad mediana
	chirimoya	refrigerio	80	unidad mediana	4	150	unidad mediana
	coco	guisos	20	unidad mdiana	10	150	unidad mdiana
	mango	refrigerio/batido/jugo	80	unidad mediana	1	150	unidad mediana
	lima	refrigerio	80	unidad mediana	1	150	unidad mediana
	tamarindo	jugo/batido	60	libra	15	150	Libra
	claudia	refrigerio	80	unidad grande	1	150	unidad grande
	pera	refrigerio/almi bar	80	unidad grande	1	150	unidad grande
VARIOS	sal	comidas sal del día	2	libra	227	150	Libra
	comino	alinio	c/s	libra	se compra por ciclo	150	Libra
	oregano seco	alinio	c/s	fundita	se compra por ciclo	150	Fundita
	anis	alinio	c/s	libra	se compra por ciclo	150	Libra
	albahaca	alinio	c/s	fundita	se compra por ciclo	150	Fundita
	panadura	apanados y salsas	10	libra	45	150	Libra
	hierbas aromaticas	aderezo	c/s	atados	se compra por ciclo	150	Atados
	canela	aderezo	c/s	libra	se compra por ciclo	150	Libra
	pasas	aderezo	10	libra	45	150	Libra
	achiote	aderezo	c/s	libra	se compra por ciclo	150	Libra

SUBSECRETARIA DE DESARROLLO
INFANTIL INTEGRAL
DIRECCIÓN DE CIBV

Anexo N° 9. Requerimiento Nutricional

	NIÑOS		NIÑAS	
EDAD (AÑOS)	Requerimiento energético diario		Requerimiento energético diario	
	Kcal/d	Kcal/d	Kcal/d	Kcal/d
1-2	948	82.4	865	80.1
2-3	1129	83.6	1047	80.6
3-4	1252	79.7	1156	76.5
4-5	1360	76.8	1241	73.9

FAO/WHO/UNU, 2001

Anexo N° 10. Servicios de alimentación rutina diaria

JORNADA DIARIA PARA LOS NIÑ@S DE 1 AÑO A 4 AÑOS DE EDAD

HORA	MOMENTOS EDUCATIVOS	RESPONSABLE
7:00 a 8:00	<ul style="list-style-type: none"> Preparación de café Hervida de agua para el día 	Promotora encargada de servicio de alimentación
8:00 a 8:15	<ul style="list-style-type: none"> Preparar para servir al primer grupo Agua caliente para el aseo para todos los grupos 	Promotora encargada de servicio de alimentación
8:15 a 9:00	<ul style="list-style-type: none"> Servir el café según el grupo 	Promotora encargada de servicio de alimentación
9:00 a 10:00	<ul style="list-style-type: none"> Limpieza del desayuno Preparación de almuerzo 	Promotora encargada de servicio de alimentación
10:00 a 10:30	<ul style="list-style-type: none"> Preparación de almuerzo Servir el refrigerio Aseo del refrigerio 	Promotora encargada de servicio de alimentación
10:30 a 11:15	<ul style="list-style-type: none"> Preparación de almuerzo Agua caliente para el aseo 	Promotora encargada de servicio de alimentación
11:15 a 11:30	<ul style="list-style-type: none"> Alimentación al primer grupo 	Promotora encargada de servicio de alimentación
11:30 a 12:00	<ul style="list-style-type: none"> Aseo del primer grupo (vajillas) 	Promotora encargada de servicio de alimentación
12:00 a 13:00	<ul style="list-style-type: none"> Alimentación los grupos siguientes Aseo del primer grupo (vajillas) 	Promotora encargada de servicio de alimentación
13:00 a 14:00	<ul style="list-style-type: none"> Servir almuerzo a las promotoras Aseo de todas las vajillas(desinfección de las vajillas martes, jueves, lunes) 	Promotora encargada de servicio de alimentación
14:00 a 14:30	<ul style="list-style-type: none"> Preparación de refrigerio de la tarde 	Promotora encargada de servicio de alimentación
14:30 a 15:00	<ul style="list-style-type: none"> Alistar el refrigerio Aseo total de la cocina Revisión de los alimentos para la preparación del siguiente día (descongelar alimentos, remojar en caso de granos secos) 	Promotora encargada de servicio de alimentación

Anexo N° 11. Ficha de recepción del servicio de alimentación**FICHA DE RECEPCIÓN DEL SERVICIO DE ALIMENTACIÓN**

CIBV	
DISTRITO	
POBINCIA:	

RESPONSABLE DE LA RECEPCIÓN:

FECHA:	DÍA:MES:	MES:	AÑO:
--------	----------	------	------

PROVEEDOR:.....RESPONSABLE DE LA ENTREGA.....

1.- HORARIO DE RECEPCION

DETALLE	SI	NO	OBSERVACION
DESAYUNO			
REFRIGERIO DE MEDIA MAÑANA			
ALMUERZO			
REFRIGERIO DE MEDIA TARDE			

2.- CONDICIONES DE LOS RECIPIENTES DE TRANSPORTE DE LOS ALIMENTOS

DESAYUNO	LIMPIO	BIEN TAPADO	OBSERVACIONES
Liquido desayuno			
Solido desayuno			
REFRIGERIO DE MEDIA MAÑANA Y TARDE	LIMPIO	BIEN TAPADO	OBSERVACIONES
Solido			
Liquido			
ALMUERZO	LIMPIO	BIEN TAPADO	OBSERVACIONES
Sopa			
Sólido segundo			
Acompañado segundo			
Ensalada o guiso			
Jugo			

3.- CARACTERISTICAS ORGANOLEPTICAS DE LOS ALIMENTOS Y/O PREPARACIONES

DESAYUNO	OLOR	COLOR	SABOR	CONSISTENCIA	OBSERVACIONES
Liquido desayuno					
Solido desayuno					

REFRIGERIO DE MEDIA MAÑANA Y TARDE	OLOR	COLOR	SABOR	CONSISTENCIA	OBSERVACIONES
Solido					
Liquido					
ALMUERZO	OLOR	COLOR	SABOR	CONSISTENCIA	OBSERVACIONES
Sopa					
Sólido segundo					
Acompañado segundo					
Ensalada o guiso					
Jugo					
NOTA: CALIFICAR CON BUENA,REGULAR Y MALA					

3.-CARACTERISTICAS ORGANOLEPTICAS DE LOS ALIMENTOS Y/O PREPARACIONES

5.- PRESENTACION DEL ASISTENTE DEL SERVICIO DEL PROBEEDOR

DETALLE	SI	NO	OBSERVACIONES
Gorra			
Mascarilla			
Mandil			
Guantes			

4.- ACEPTABILIDAD DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

DESAYUNO	SI	NO	OBSERVACIONES
Liquido desayuno			
Solido desayuno			
REFRIGERIO DE MEDIA MAÑANA Y TARDE	SI	NO	OBSERVACIONES
Solido			
Liquido			
ALMUERZO	SI	NO	OBSERVACIONES
Sopa			
Sólido segundo			
Acompañado segundo			
Ensalada o guiso			
Jugo			

7.- CONFORMIDAD	SI	NO	OBSERVACIONES

Firma Responsable de Recepción	Firma de Responsable de Entrega
-----------------------------------------	------------------------------------------